

Приложение

УТВЕРЖДЕНА

постановлением Правительства
Кировской области
от _____ № _____

**ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
государственных гарантий бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи на территории Кировской области
на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов**

1. Общие положения

1.1. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кировской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов (далее – Территориальная программа) устанавливает перечень видов, форм и условий предоставления медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также порядок и условия предоставления медицинской помощи, критерии доступности и качества медицинской помощи.

Территориальная программа формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Кировской области, основанных на данных медицинской статистики.

1.2. Структура Территориальной программы:

1.2.1. Виды и формы оказываемой бесплатно медицинской помощи.

1.2.2. Порядок и условия предоставления медицинской помощи.

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

1.2.4. Территориальная программа обязательного медицинского страхования.

1.2.5. Финансовое обеспечение Территориальной программы.

1.2.6. Нормативы объема медицинской помощи.

1.2.7. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

1.2.8. Подушевые нормативы финансирования.

1.2.9. Целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов согласно приложению № 1.

1.2.10. Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кировской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, в том числе Территориальной программы обязательного медицинского страхования, согласно приложению № 2.

1.2.11. Стоимость Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кировской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов по источникам финансового обеспечения согласно приложению № 3.

1.2.12. Утвержденная стоимость Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кировской области на 2019 год согласно приложению № 4.

1.2.13. Утвержденная стоимость Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кировской области на 2020 год согласно приложению № 5.

1.2.14. Утвержденная стоимость Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кировской области на 2021 год согласно приложению № 6.

2. Виды и формы оказываемой бесплатно медицинской помощи

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

2.1.1. Первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная.

2.1.2. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

2.1.3. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь.

2.1.4. Паллиативная медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями.

2.2. 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.

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

медицинским образованием.

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

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

2.3. 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.

2.3.1. 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.

2.3.2. Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи.

Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой бесплатно в рамках Территориальной программы, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехно-

логичной медицинской помощи, представлен в приложении № 1 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (далее – приложение № 1 к Программе государственных гарантий).

2.4. 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 медицинскими организациями государственной системы здравоохранения оказывается гражданам 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 и 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.

2.5. Паллиативная медицинская помощь оказывается бесплатно в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошед-

шими обучение по оказанию такой помощи, и представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

2.6. 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, оказываемая 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.

При оказании в рамках Территориальной программы первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения и медицинскими изделиями, включенными в утвержденные Правительством Российской Федерации соответственно перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека.

3. Порядок и условия предоставления медицинской помощи

Территориальная программа определяет следующий порядок и условия предоставления медицинской помощи:

3.1. При оказании гражданину медицинской помощи в рамках Территориальной программы он имеет право на выбор медицинской организации и на выбор врача с учетом согласия врача.

Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).

В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста и в случае самостоятельного обращения гражданина в медицинскую организацию, в том числе организацию, выбранную им по территориально-участковому принципу, с учетом порядков оказания медицинской помощи.

При выборе медицинской организации и врача гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме, в том числе размещенной в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности, о врачах и об уровне их образования и квалификации.

3.2. Правом на внеочередное оказание медицинской помощи в меди-

цинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы, обладают отдельные категории граждан, установленные законодательством Российской Федерации.

В целях создания условий для реализации права на внеочередное оказание медицинской помощи в медицинских организациях на стендах в регистратуре, в приемном отделении медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара, стационарных условиях, а также на сайтах медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» размещается информация о перечне категорий граждан, имеющих право на внеочередное оказание медицинской помощи.

Право на внеочередное оказание медицинской помощи устанавливается на основании документа, подтверждающего отнесение гражданина к отдельным категориям граждан, установленным законодательством Российской Федерации.

3.3. При оказании в рамках Территориальной программы первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами, а также медицинскими изделиями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, по назначению врача, а также донорской кровью и ее компонентами по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи.

Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских из-

делий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

3.4. Мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемые в рамках Территориальной программы, включают в себя:

диспансеризацию определенных групп взрослого населения и детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей;

проведение профилактических медицинских осмотров взрослого и детского населения (кроме категорий граждан, подлежащих медицинским осмотрам, порядок и условия проведения которых регламентируются законодательством Российской Федерации);

диспансерное наблюдение, в том числе необходимое обследование состояния здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, лиц, имеющих высокий риск развития осложнений хронических заболеваний, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц;

оказание медицинской помощи по коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, в том числе в кабинетах профилактики медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы;

оказание медицинской помощи по оценке функционального состояния организма, диагностике и коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний при посещении центров здоровья для взрослого и детского населения медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы;

совершенствование методов иммунопрофилактики и вакцинации насе-

ления, направленных на ограничение распространения и ликвидацию инфекционных болезней;

реализацию мер, направленных на снижение потребления алкоголя и табака;

предупреждение и борьбу с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, в том числе среди несовершеннолетних в организованных коллективах;

осуществление санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

предупреждение и раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, в том числе социально значимых, и борьбу с ними;

формирование мотивации у населения к ведению здорового образа жизни (организации здорового питания, режима двигательной активности, отказу от вредных привычек) в медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы (в кабинетах медицинской профилактики, центрах здоровья для взрослого и детского населения), включая обучение основам здорового образа жизни, в том числе в школах здоровья;

проведение информационно-профилактических акций и мероприятий (в том числе в городских общественных пространствах), направленных на раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, привлечение внимания населения к формированию здорового образа жизни и повышению культуры отношения к здоровью;

информирование населения о факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний и инфекциях, управляемых средствами специфической профилактики, посредством разработки и публикации информационных материалов по факторам риска развития заболеваний, по мотивированию к здоровому образу жизни, по привлечению к прохождению диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, своевременной вакцинации.

3.5. При оказании медицинской помощи в стационарных условиях пациенту обеспечиваются следующие условия пребывания в медицинских организациях:

безопасные условия пребывания и санитарно-эпидемиологический режим при проведении лечебно-диагностического процесса;

проведение манипуляций, оперативного лечения, применение инвазивных методов обследования и лечения с согласия пациента (родителей ребенка и (или) иных законных представителей) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

консультации врачей-специалистов в соответствии с показаниями;

круглосуточное врачебное наблюдение;

круглосуточный уход медицинского персонала;

размещение в палатах, количество коек в которых определяется состоянием пациента, порядками (стандартами) оказания медицинской помощи;

питание, по медицинским показаниям лечебное питание;

предоставление одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю права на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка. При совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше данного возраста – при наличии медицинских показаний плата за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания, с указанных лиц не взимается.

3.6. При оказании медицинской помощи в стационарных условиях по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям обеспечивается размещение пациентов в маломестных палатах (боксах) на бесплатной основе.

3.7. В рамках Территориальной программы осуществляется предостав-

ление детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в случае выявления у них заболеваний медицинской помощи всех ее видов, включая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, а также медицинскую реабилитацию. При этом госпитализация пребывающих в стационарных учреждениях (в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, организациях социального обслуживания) детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в возрасте до четырех лет (при наличии медицинских показаний – до достижения ими возраста 18 лет) для оказания им медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется при сопровождении их работниками этих организаций.

3.8. В целях оказания медицинской помощи пациенту, находящемуся на лечении в стационарных условиях, в случае необходимости проведения ему диагностических исследований при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, предоставляются бесплатные транспортные услуги с одновременным сопровождением пациента работником медицинской организации.

3.9. Диспансеризация взрослого населения проводится в рамках обязательного медицинского страхования один раз в три года в возрастные периоды, начиная с 21 года, включает в себя осмотры врачами-специалистами, проведение с учетом возраста и пола гражданина исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения).

В целях раннего (своевременного) выявления хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития не менее одного раза в год проводится профилактический медицинский осмотр граждан, не попадаю-

щих в возрастной период проведения диспансеризации, по результатам которого разрабатываются рекомендации, направленные на формирование здорового образа жизни и профилактику хронических неинфекционных заболеваний.

Инвалиды Великой Отечественной войны, инвалиды боевых действий, участники Великой Отечественной войны, лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда», бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны, ставшие инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий), проходят диспансеризацию ежегодно вне зависимости от возраста.

Диспансеризация взрослого населения проводится в медицинской организации, в которой гражданин получает первичную медико-санитарную помощь.

Диспансеризация взрослого населения проводится в два этапа.

Первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью раннего выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния).

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования.

Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в том числе в приемную или патронатную семью, проводится

ежегодно в два этапа в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для указанных детей. На второй этап диспансеризации дети направляются в случае подозрения на наличие заболевания (состояния), диагностика которого не входит в первый этап, и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедического потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей или иных законных представителей.

Несовершеннолетний, не достигший пятнадцатилетнего возраста, прибывает в медицинскую организацию для проведения профилактического медицинского осмотра в сопровождении родителя или иного законного представителя.

Профилактический медицинский осмотр проводится в два этапа.

Первый этап профилактического медицинского осмотра предусматривает проведение осмотров врачами-специалистами и выполнение лабораторных, инструментальных и иных необходимых исследований.

Второй этап профилактического медицинского осмотра проводится в случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и необходимых исследований, и включает проведение дополнительных консультаций и исследований.

По результатам профилактического медицинского осмотра определяются группа здоровья несовершеннолетнего, медицинская группа для заня-

тий физической культурой, рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой, по необходимости установления или продолжения диспансерного наблюдения, по лечению, а также медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.

Сроки проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров устанавливаются в соответствии с действующим законодательством.

3.10. Возмещение расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, не участвующей в реализации Территориальной программы, производится за счет средств бюджетных ассигнований областного бюджета в виде предоставления субсидий в порядке, утверждаемом Правительством Кировской области.

Размеры возмещения медицинской организации, не участвующей в реализации Территориальной программы, расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, устанавливаются в соответствии с Тарифным соглашением по оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области.

3.11. Сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований, а также консультаций врачей-специалистов составляют:

первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме – не более двух часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми – не более 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

проведения консультаций врачей-специалистов – не более 14 кален-

дарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;

проведения диагностических инструментальных исследований (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи – не более 14 календарных дней со дня назначения;

проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи – не более 30 календарных дней со дня назначения, а для пациентов с онкологическими заболеваниями – не более 14 календарных дней со дня назначения;

ожидания оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи – не более 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию, а для пациентов с онкологическими заболеваниями – не более 14 календарных дней с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления диагноза заболевания (состояния).

Время доезда до пациента, проживающего в городской местности, бригады скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме – не более 20 минут с момента ее вызова, до проживающего в сельской местности – не более 40 минут.

В медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, ведется лист ожидания специализированной медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, и осуществляется информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации в области персональных данных.

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

4.1. 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:

- 4.1.1. При инфекционных и паразитарных болезнях.
- 4.1.2. При новообразованиях.
- 4.1.3. При болезнях эндокринной системы.
- 4.1.4. При расстройстве питания и нарушениях обмена веществ.
- 4.1.5. При болезнях нервной системы.
- 4.1.6. При болезнях крови, кроветворных органов.
- 4.1.7. При отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм.
- 4.1.8. При болезнях глаза и его придаточного аппарата.
- 4.1.9. При болезнях уха и сосцевидного отростка.
- 4.1.10. При болезнях системы кровообращения.
- 4.1.11. При болезнях органов дыхания.
- 4.1.12. При болезнях органов пищеварения, в том числе болезнях полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования).
- 4.1.13. При болезнях мочеполовой системы.
- 4.1.14. При болезнях кожи и подкожной клетчатки.
- 4.1.15. При болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани.
- 4.1.16. При травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин.
- 4.1.17. При врожденных аномалиях (пороках развития).
- 4.1.18. При деформациях и хромосомных нарушениях.
- 4.1.19. При беременности, родах, послеродовом периоде и абортах.

4.1.20. При отдельных состояниях, возникающих у детей в перинатальный период.

4.1.21. При психических расстройствах и расстройствах поведения.

4.1.22. При симптомах, признаках и отклонениях от нормы, не отнесенных к заболеваниям и состояниям.

4.2. Гражданин имеет право на бесплатный профилактический медицинский осмотр не реже 1 раза в год.

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

4.3.1. Обеспечение лекарственными препаратами (в соответствии с разделом 6 Территориальной программы).

4.3.2. 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.

4.3.3. Медицинские осмотры, в том числе профилактические медицинские осмотры, в связи с занятиями физической культурой и спортом – несовершеннолетние.

4.3.4. 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.

4.3.5. Диспансерное наблюдение – граждане, страдающие социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, а также лица, страдающие хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями.

4.3.6. Пренатальную (дородовую) диагностику нарушений развития ребенка – беременные женщины.

4.3.7. Неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний – новорожденные дети.

4.3.8. Аудиологический скрининг – новорожденные дети и дети первого года жизни.

5. Территориальная программа обязательного медицинского страхования

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

5.1. В рамках Территориальной программы ОМС:

5.1.1. Гражданам (застрахованным лицам) оказываются следующие виды медицинской помощи: 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 Территориальной программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения.

5.1.2. Осуществляются профилактические мероприятия, включая диспансеризацию, диспансерное наблюдение (при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 4 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 (за исключением предварительных и периодических

медицинских осмотров работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда), в том числе их отдельных категорий, указанных в разделе 4 Территориальной программы, а также мероприятия 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.

5.2. Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ).

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, тарифным соглашением по оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области заключенным между министерством здравоохранения Кировской области, Кировским областным территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», профессиональными союзами медицинских работников или их объединений (ассоциаций), представители которых включаются в состав комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области в установленном порядке.

5.3. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному меди-

цинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

5.3.1. 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.

5.3.2. Медицинским работникам 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.

5.3.3. Врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации.

5.3.4. Врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

5.4. При реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

5.4.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

5.4.1.1. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи), в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный

случай).

5.4.1.2. За единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц.

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

5.4.2.1. За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

5.4.2.2. 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.

5.4.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

5.4.3.1. За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

5.4.3.2. 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.

5.4.4. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне меди-

цинской 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.

5.4.5. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в **своем** составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, 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).

6. Финансовое обеспечение Территориальной программы

6.1. Источниками финансового обеспечения Территориальной программы на территории Кировской области являются средства федерального бюджета, бюджетные ассигнования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, областного бюджета, бюджета государственного некоммерческого финансово-кредитного учреждения Кировский областной территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее – КОТФОМС).

6.2. За счет средств бюджета КОТФОМС оплачивается медицинская помощь, оказываемая в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (далее – базовая программа ОМС):

6.2.1. Застрахованным лицам оказываются следующие виды медицинской помощи: 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 пе-

речня видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 4 Территориальной программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения.

6.2.2. Осуществляется финансовое обеспечение профилактических мероприятий, включая диспансеризацию, диспансерное наблюдение (при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 4 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 отдельных категорий граждан, указанных в разделе 3 Территориальной программы, а также мероприятий по медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях амбулаторно, стационарно и в условиях дневного стационара, аудиологическому скринингу, определению сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина), а также по применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Перечень страховых случаев в дополнение к случаям, установленным базовой программой ОМС, которые финансируются за счет средств бюджета КОТФОМС, полученных в виде межбюджетных трансфертов из областного бюджета: первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая и специализированная медицинская помощь, специализированная медицинская помощь в следующих случаях:

6.3.1. Инфекционные болезни, передаваемые половым путем.

6.3.2. ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита, а также туберкулез, за исключением медицинской помощи, оказываемой в профильных специализированных медицинских организациях.

6.3.3. Психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ, за исключением медицинской помощи, оказываемой в профильных специализированных медицинских организациях.

6.3.4. Паллиативная медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях, амбулаторно, в том числе выездными патронажными службами, за исключением медицинской помощи, оказываемой в профильных специализированных медицинских организациях.

6.4. За счет субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, в соответствии с разделом I перечня видов высокотехнологичной помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи) (приложение к постановлению Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»).

6.5. За счет бюджетных ассигнований бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования осуществляются:

6.5.1. Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой гражданам Российской Федерации федеральными государственными

учреждениями, включенными в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации, функции и полномочия учредителя которых осуществляют федеральные органы исполнительной власти.

6.5.2. Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой гражданам Российской Федерации медицинскими организациями частной системы здравоохранения, включенными в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации.

6.6. За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

6.6.1. Высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, за счет дотаций федеральному бюджету в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов в целях предоставления в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходов субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи медицинскими организациями, подведомственными исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

6.6.2. Скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, в том числе при заболеваниях, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита челове-

ка, синдроме приобретенного иммунодефицита, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную базовой программой ОМС).

6.6.3. Медицинской эвакуации, осуществляемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации.

6.6.4. Скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, включая предоставление дополнительных видов и объемов медицинской помощи, предусмотренных законодательством Российской Федерации, населению закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную базовой программой ОМС).

6.6.5. Медицинской помощи, предусмотренной федеральными законами для определенных категорий граждан, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти.

6.6.6. Лечения граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации, направленных туда в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

6.6.7. Санаторно-курортного лечения отдельных категорий граждан в

соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.6.8. Закупок лекарственных препаратов, предназначенных для лечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, лиц после трансплантации органов и (или) тканей по перечню лекарственных препаратов, сформированному в установленном порядке и утверждаемому Правительством Российской Федерации.

6.6.9. Закупок противовирусных лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, для лечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С.

6.6.10. Закупок антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, для лечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя.

6.6.11. Предоставления в установленном порядке областному бюджету субвенций на оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан в виде набора социальных услуг в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов в соответствии с пунктом 1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

6.6.12. Мероприятий, предусмотренных национальным календарем профилактических прививок в рамках подпрограммы «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и фор-

мирование здорового образа жизни» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

6.6.13. Дополнительных мероприятий, установленных в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе мероприятий, связанных с осуществлением медицинской деятельности, связанной с донорством органов и (или) тканей человека в целях трансплантации (пересадки).

6.7. За счет средств бюджетных ассигнований областного бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

6.7.1. Первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи при заболеваниях, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдроме приобретенного иммунодефицита, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных в том числе с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические медицинские осмотры обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, оказываемой в профильных специализированных медицинских организациях, и в части расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную Территориальной программой ОМС.

6.7.2. Паллиативной медицинской помощи, оказываемой амбулаторно, в том числе выездными патронажными службами, и стационарно, оказываемой в профильных специализированных медицинских организациях, включая хосписы и койки сестринского ухода.

6.7.3. Высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в ме-

дицинских организациях Кировской области, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи.

6.7.4. 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.

6.7.5. Скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию.

6.8. За счет средств бюджетных ассигнований областного бюджета осуществляется:

6.8.1. 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 их инвалидности.

6.8.2. Обеспечение граждан лекарственными препаратами согласно утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации на соответствующий год перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, за исключением лекарственных препаратов, используемых исключительно в стационарных условиях, в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия отпускаются по рецептам врачей бесплатно и в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.8.3. Обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет в соответствии со стать-

ей 10 Закона Кировской области от 05.12.2012 № 227-ЗО «Об охране здоровья граждан в Кировской области».

6.8.4. Пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатальный скрининг на 5 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.

6.8.5. Обеспечение медицинской деятельности, связанной с донорством органов и (или) тканей человека в целях трансплантации (пересадки), в медицинских организациях, подведомственных министерству здравоохранения Кировской области.

6.8.6. Безвозмездное обеспечение лекарственными препаратами граждан с ишемической болезнью сердца, которым проведены: чрескожное коронарное вмешательство (ангиопластика и стентирование) и оперативная реваскуляризация миокарда открытым способом (аортокоронарное шунтирование и маммокоронарное шунтирование) в течение 12 месяцев после оперативного вмешательства.

6.9. В рамках Территориальной программы за счет бюджетных ассигнований областного бюджета и средств обязательного медицинского страхования 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, 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 об-

разовательные организации высшего образования, заключении с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении в военном учебном центре при федеральной государственной образовательной организации на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки для прохождения военной службы по контракту на воинских должностях, подлежащих замещению офицерами, или на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, 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.

6.10. За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и средств областного бюджета в установленном порядке оказывается медицинская помощь и предоставляются иные государственные и муниципальные услуги (выполняются работы) в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, министерству здравоохранения Кировской области, за исключением видов медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования в Кировском областном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Инфекционная клиническая больница» – структурном подразделении Центр по борьбе и профилактике со СПИД, Кировском областном государственном бюджетном судебно-экспертном учреждении здравоохранения «Кировское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», Кировском областном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр», центрах охраны здоровья семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подрост-

ков, центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования), в центрах крови, в домах ребенка, включая специализированные, и прочих медицинских организациях, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также осуществляется финансовое обеспечение авиационных работ при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, медицинской помощи в специализированных медицинских организациях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ), а также расходов медицинских организаций, в том числе на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря).

7. Нормативы объема медицинской помощи

7.1. Нормативы объема медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания в целом по Территориальной программе определяются в единицах объема в расчете на 1 жителя в год, по Территориальной программе ОМС – в расчете на 1 застрахованное лицо.

В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности, устанавливаются дифференцированные объемы медицинской помощи с учетом использования санитарной авиации, телемедицины и передвижных форм предоставления медицинских услуг.

Нормативы объема медицинской помощи используются в целях плани-

рования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Территориальной программой, и с учетом особенностей половозрастного состава населения Кировской области составляют:

7.1.1. Для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию на 2019 – 2021 годы в рамках Территориальной программы ОМС – 0,304 вызова на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 0,300 вызова на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,004 вызова на 1 застрахованное лицо).

7.1.2. Для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения связанные с профилактическими мероприятиями, 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):

7.1.2.1. На 2019 год в рамках Территориальной программы ОМС – 3,079 посещения на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 2,880 посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации – 0,790 посещения на 1 застрахованное лицо; по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,199 посещения на 1 застрахованное лицо), за счет бюджетных ассигнований – 0,100 посещения на 1 жителя.

7.1.2.2. На 2020 год в рамках Территориальной программы ОМС – 3,099 посещения на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 2,900 посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации – 0,808 посещения на 1 застрахованное ли-

цо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,199 посещения на 1 застрахованное лицо), за счет бюджетных ассигнований – 0,096 посещения на 1 жителя.

7.1.2.3. На 2021 год в рамках Территориальной программы ОМС – 3,119 посещения на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 2,920 посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации – 0,826 посещения на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,199 посещения на 1 застрахованное лицо), за счет бюджетных ассигнований – 0,097 посещения на 1 жителя.

7.1.3. Для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями:

7.1.3.1. На 2019 год в рамках Территориальной программы ОМС – 1,785 обращения на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 1,770 обращения на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,015 обращения на 1 застрахованное лицо), за счет бюджетных ассигнований – 0,059 обращения на 1 жителя.

7.1.3.2. На 2020 – 2021 годы в рамках Территориальной программы ОМС – 1,785 обращения на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 1,770 обращения на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,015 обращения на 1 застрахованное лицо), за счет бюджетных ассигнований на 2020 год – 0,058 обращения на 1 жителя и на 2021 год – 0,059 обращения на 1 жителя.

7.1.4. Для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы ОМС на 2019 год –

0,56 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2020 – 2021 годы – 0,54 посещения на 1 застрахованное лицо.

7.1.5. Для медицинской помощи в условиях дневного стационара на 2019 – 2021 годы в рамках Территориальной программы ОМС – 0,06202 случая лечения на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 0,062 случая лечения на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,00002 случая лечения на 1 застрахованное лицо), в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология» на 2019 год – 0,00631 случая лечения на 1 застрахованное лицо, на 2020 год 0,0065 случая лечения на 1 застрахованное лицо, на 2021 год – 0,00668 случая лечения на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований – 0,002 случая лечения на 1 жителя.

7.1.6. Для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях на 2019 год в рамках Территориальной программы ОМС – 0,17530 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 0,17443 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,00087 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо), на 2020 год – 0,17644 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 0,17557 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,00087 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо), на 2021 год – 0,17697 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 0,17610 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,00087 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо).

зации на 1 застрахованное лицо), в том числе для:

медицинской помощи по профилю «онкология» на 2019 год – 0,00910 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2020 год – 0,01023 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2021 год – 0,01076 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо;

медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций в рамках базовой программы ОМС на 2019 год – 0,004 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2020 и 2021 годы – 0,005 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо (в том числе не менее 25% объема для медицинской реабилитации для детей в возрасте 0 – 17 лет с учетом реальной потребности); за счет бюджетных ассигнований на 2019 год – 0,009 случая госпитализации на 1 жителя, на 2020 и 2021 годы – 0,008 случая госпитализации на 1 жителя.

7.1.7. Для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, включая хосписы и койки сестринского ухода, на 2019 – 2021 годы – 0,010 койко-дня на 1 жителя.

7.1.8. Для паллиативной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, за исключением медицинской помощи, оказываемой в профильных специализированных медицинских организациях (хоспис) на 2019 – 2021 годы по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,016 койко-дня на 1 застрахованное лицо.

7.1.9. Средние нормативы медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении составляют на 2019 год 0,000478 случая на 1 застрахованное лицо, на 2020 год – 0,000492 случая на 1 застрахованное лицо, на 2021 год – 0,000506 случая на 1 застрахованное лицо.

7.2. Объем медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам Российской Феде-

рации в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, входящих в базовую программу ОМС, включается в средние нормативы объема амбулаторной и стационарной медицинской помощи и обеспечивается за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых бюджету КОТФОМС из областного бюджета.

7.3. Дифференцированные нормативы объема медицинской помощи устанавливаются с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи в рамках подушевого норматива финансового обеспечения Территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо по видам, формам и условиям оказания медицинской помощи с учетом особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, уровня и структуры заболеваемости населения, а также климатогеографических особенностей региона.

Распределение объемов медицинской помощи по уровням ее оказания представлено в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Вид медицинской помощи	В рамках Территориальной программы				За счет средств ОМС			
	1 уровень	2 уровень	3 уровень	всего	1 уровень	2 уровень	3 уровень	всего
Скорая медицинская помощь	295,8	24,7	0,0	320,5	280,6	23,4	0,0	304,0
Медицинская помощь в амбулаторных условиях:								
посещения с профилактической целью	1 662,4	1 589,6	88,5	3 340,5	1 571,7	1 423,4	83,9	3 079,0
посещения по неотложной помощи	239,1	194,9	157,0	590,9	226,5	184,7	148,8	560,0
обращения по поводу заболевания	1 003,4	790,1	148,6	1 942,1	951,1	693,1	140,8	1 785,0
Медицинская помощь в условиях	30,5	29,6	7,8	67,8	28,8	25,8	7,4	62,0

Вид медицинской помощи	В рамках Территориальной программы				За счет средств ОМС			
	1 уровень	2 уровень	3 уровень	всего	1 уровень	2 уровень	3 уровень	всего
дневных стационаров								
Медицинская помощь в стационарных условиях	46,9	104,7	52,1	203,7	35,2	91,1	49,0	175,3
Паллиативная медицинская помощь	0,9	15,3	0,7	16,9	0,0	15,3	0,7	16,0

Таблица 2

Вид медицинской помощи	В рамках базовой программы ОМС				Сверх базовой программы ОМС			
	1 уровень	2 уровень	3 уровень	всего	1 уровень	2 уровень	3 уровень	всего
Скорая медицинская помощь	276,8	23,2	0,0	300,0	3,8	0,20	0,00	4,00
Медицинская помощь в амбулаторных условиях:								
посещения с профилактической целью	1 470,5	1 325,6	83,9	2 880,0	101,2	97,8	0,0	199,0
посещения по неотложной помощи	226,5	184,7	148,8	560,0	0,0	0,0	0,0	0,0
обращения по поводу заболевания	942,5	686,7	140,8	1 770,0	8,6	6,4	0,0	15,0
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	28,8	25,8	7,4	62,0	0,00	0,02	0,00	0,02
Медицинская помощь в стационарных условиях	35,19	90,24	49,0	174,43	0,0	0,87	0,0	0,87
Паллиативная медицинская помощь	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15,3	0,7	16,0

8. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи

8.1. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 2019 год составляют:

8.1.1. На 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования – 2442,65 рубля (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 2473,67 рубля; по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 116,10 рубля).

8.1.2. На 1 посещение с профилактическими и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств областного бюджета (включая расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому) – 470,89 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 484,97 рубля (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 506,49 рубля; на 1 посещение для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, – 1090,06 рубля; по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 173,57 рубля).

8.1.3. На 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств областного бюджета – 1365,43 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 1396,92 рубля (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 1405,52 рубля; по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 382,15 рубля).

8.1.4. На 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования – 642,90 рубля.

8.1.5. На 1 случай лечения в условиях дневного стационара за счет средств областного бюджета – 13945,64 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 20591,61 рубля (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 20595,49 рубля; по случаям, определенным в до-

полнение к установленным базовой программой ОМС, – 8583,13 рубля). На 1 случай лечения в условиях дневного стационара по профилю «онкология» за счет средств обязательного медицинского страхования – 75457,08 рубля.

8.1.6. На 1 случай госпитализации в медицинские организации (их структурные подразделения), оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств областного бюджета – 80774,50 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 34985,68 рубля (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 35089,11 рубля; по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 14249,46 рубля). На 1 случай госпитализации по профилю «онкология» за счет средств обязательного медицинского страхования – 82001,39 рубля.

8.1.7. На 1 случай госпитализации по медицинской реабилитации в специализированные медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационные отделения медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования – 37045,50 рубля.

8.1.8. На 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая хосписы и больницы сестринского ухода), за счет средств областного бюджета – 2162,48 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 961,08 рубля.

8.2. Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Территориальной программой, на 2020 и 2021 годы составляют:

8.2.1. На 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования – 2541,02 рубля на 2020 год (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 2574,47 рубля; по случаям,

определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 116,10 рубля), 2652,27 рубля на 2021 год (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 2687,25 рубля; по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 116,10 рубля).

8.2.2. На 1 посещение с профилактическими и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств областного бюджета – 472,02 рубля на 2020 год и 473,26 рубля на 2021 год, за счет средств обязательного медицинского страхования – 511,06 рубля на 2020 год (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 534,18 рубля; на 1 посещение для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, – 1128,54 рубля; по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 174,20 рубля), 530,55 рубля на 2021 год (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 554,81 рубля; на 1 посещение для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, – 1167,99 рубля; по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 174,55 рубля).

8.2.3. На 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств областного бюджета – 1370,16 рубля на 2020 год и 1374,48 рубля на 2021 год, за счет средств обязательного медицинского страхования – 1447,49 рубля на 2020 год (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 1456,51 рубля; по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 383,53 рубля), 1507,60 рубля на 2021 год (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 1517,12 рубля; по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 384,30 рубля).

8.2.4. На 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотлож-

ной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования – 658,61 рубля на 2020 год и 694,85 рубля на 2021 год.

8.2.5. На 1 случай лечения в условиях дневного стационара за счет средств областного бюджета – 13995,12 рубля на 2020 год и 14034,06 рубля на 2021 год, за счет средств обязательного медицинского страхования – 21496,56 рубля на 2020 год (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 21500,72 рубля; по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 8614,11 рубля), 22599,74 рубля на 2021 год (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 22604,25 рубля; по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 8631,65 рубля). На 1 случай лечения в условиях дневного стационара по профилю «онкология» за счет средств обязательного медицинского страхования – 79956,92 рубля на 2020 год и 83205,62 рубля на 2021 год.

8.2.6. На 1 случай госпитализации в медицинские организации (их структурные подразделения), оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств областного бюджета – 81046,52 рубля на 2020 год и 81291,11 рубля на 2021 год, за счет средств обязательного медицинского страхования – 38817,69 рубля на 2020 год (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 38939,17 рубля; по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 14301,11 рубля), 42007,71 рубля на 2021 год (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 42144,45 рубля, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 14329,87 рубля). На 1 случай госпитализации по профилю «онкология» за счет средств обязательного медицинского страхования – 106054,31 рубля на 2020 год и 117473,69 рубля на 2021 год.

8.2.7. На 1 случай госпитализации по медицинской реабилитации в специализированные медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационные от-

деления медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования – 37337,11 рубля на 2020 год и 37780,09 рубля на 2021 год.

8.2.8. На 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая хосписы и больницы сестринского ухода), за счет средств областного бюджета – 2170,47 рубля на 2020 год и 2176,86 рубля на 2021 год, за счет средств обязательного медицинского страхования по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 964,53 рубля на 2020 год и 966,45 рубля на 2021 год.

8.2.9. На 1 случай экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования – 121683,07 рубля на 2019 год, 126842,86 рубля на 2020 год и 132799,18 рубля на 2021 год.

9. Подушевые нормативы финансирования

Подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Территориальной программой (без учета расходов федерального бюджета), в 2019 году составляют 14376,35 рубля, в 2020 году – 15335,56 рубля, в 2021 году – 16228,55 рубля, в том числе:

9.1. За счет средств областного бюджета (в расчете на 1 жителя) в 2019 году – 1750,28 рубля, в 2020 году – 1747,71 рубля, в 2021 году – 1748,48 рубля.

9.2. За счет средств обязательного медицинского страхования (в расчете на 1 застрахованное лицо):

9.2.1. На финансирование базовой программы ОМС (субвенция Федерального фонда обязательного медицинского страхования) в 2019 году – 12556,76 рубля, в 2020 году – 13518,30 рубля, в 2021 году – 14410,39 рубля.

9.2.2. На финансирование дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС (межбюджетные трансферты из областного бюджета), в 2019 году – 69,31 рубля, в 2020 году – 69,55 рубля, в 2021 году – 69,68 рубля.

