

Утверждена
постановлением
правительства Воронежской области
от 27 декабря 2019 г. № 1306

**ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ
ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2020 ГОД
И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2021 И 2022 ГОДОВ
НА ТЕРРИТОРИИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

1. Общие положения

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов на территории Воронежской области (далее - Программа) разработана в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н.

Программа устанавливает перечень видов, форм и условий 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, условия предоставления медицинской помощи, целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

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

В рамках 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 Программе в значении, определенном в федеральных законах от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и от 29.11.2010 № 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

(далее - перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи) согласно приложению № 4 к Программе.

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.

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 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», 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 областного 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, утвержденному Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также необходимыми лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами, используемыми при посещениях на дому.

В целях обеспечения пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь, наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами правительство Воронежской области вправе в соответствии с законодательством Российской Федерации в случае наличия потребности организовать изготовление в аптечных организациях наркотических лекарственных препаратов и психотропных лекарственных препаратов в неинвазивных лекарственных формах, в том числе применяемых при лечении детей.

Мероприятия по развитию паллиативной медицинской помощи осуществляются в рамках подпрограмм 6 «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям» и 8 «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях» государственной программы Воронежской области «Развитие здравоохранения» (утверждена постановлением правительства Воронежской области от 31.12.2013 № 1189), включающих указанные мероприятия, а также целевые показатели их результативности.

В целях оказания гражданам, находящимся в стационарных организациях социального обслуживания, медицинской помощи департаментом здравоохранения Воронежской области организуется взаимодействие стационарных организаций социального обслуживания с близлежащими медицинскими организациями.

В отношении лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, в рамках базовой 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 сроки, установленные настоящей Программой.

В отношении лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, а также в условиях сопровождаемого проживания, включая совместное проживание таких лиц в отдельных жилых помещениях, за счет областного 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.

Для лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения, проживающих 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.

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 ухудшения состояния пациента, угрозы его жизни и здоровью.

При оказании в рамках 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, условиях дневного стационара и при посещениях на дому 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, а также медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи в соответствии с перечнем, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Медицинская организация, работающая в системе обязательного медицинского страхования (далее - ОМС), оказывает медицинскую помощь застрахованным лицам на основании предъявленного последними полиса ОМС, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

Медицинская помощь в экстренной форме оказывается гражданам безотлагательно медицинскими организациями.

Если в указанной медицинской организации не может быть оказана медицинская помощь необходимого объема, она организует перевод пациента в другую медицинскую организацию, которая обеспечит выполнение лечебно-диагностических мероприятий в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

Порядок передачи медицинской организацией пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи, устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3. 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 2 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 заболеваниям и состояниям.

Гражданин 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 подразделом 8.3 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, функциональными расстройствами, 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.

4. Территориальная программа обязательного медицинского страхования

Территориальная программа ОМС является составной частью Программы.

Территориальная программа ОМС включает нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо (в соответствии с разделом 6 Программы), нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (в том числе по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи) и нормативы финансового обеспечения Территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо (в соответствии с разделом 7 Программы), требования к условиям оказания медицинской помощи (в соответствии с разделом 8 Программы), целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи (в соответствии с разделом 9 Программы), перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения и включает нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи (в соответствии с приложением № 4 к Программе).

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 ОМС, при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 3 Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, туберкулеза, синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств и расстройств поведения;

осуществляются профилактические мероприятия, включая диспансеризацию, диспансерное наблюдение (при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 3 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 3 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.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, включают в себя расходы, установленные частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются

тарифным соглашением между департаментом финансов Воронежской области, департаментом здравоохранения Воронежской области, территориальным фондом ОМС, 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 ОМС, создаваемой в Воронежской области.

На территории Воронежской области 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 и 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.

Правительство Воронежской области при решении вопроса об индексации заработной платы медицинских работников медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти Воронежской области, обеспечивает в приоритетном порядке индексацию заработной платы медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и скорую медицинскую помощь.

В рамках проведения профилактических мероприятий департамент здравоохранения Воронежской области обеспечивает организацию прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе в вечерние часы и субботу, а также предоставляет гражданам возможность дистанционной записи на медицинские исследования.

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

Департамент здравоохранения Воронежской области размещает на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» информацию о медицинских организациях, на базе которых граждане могут пройти профилактические медицинские осмотры, включая диспансеризацию.

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 применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации:

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, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной 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, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

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, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии);

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 клинико-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 клинико-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, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Распределение объема отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) 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 (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний в сроки, установленные Программой.

Ежедневно врачу, оказывающему первичную специализированную медико-санитарную помощь, предоставляются сведения о возможных

объемах отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии), предоставляемых в конкретных медицинских организациях.

Порядок направления на такие исследования устанавливается нормативным правовым актом департамента здравоохранения Воронежской области.

Оплата этих диагностических (лабораторных) исследований производится за единицу объема медицинской помощи - медицинскую услугу и не включается в оплату по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц. При этом в одной медицинской организации возможно сочетание способов оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях - по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц и за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу).

Страховые медицинские организации осуществляют контроль за назначением, направлением на проведение и выполнением отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В территориальной программе ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо устанавливаются с учетом структуры заболеваемости в субъекте Российской

Федерации нормативы объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи и нормативы финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Финансовое обеспечение Территориальной программы ОМС осуществляется в соответствии с разделом 5 Программы.

5. Финансовое обеспечение Программы

Источниками финансового обеспечения Программы являются средства федерального бюджета, средства областного бюджета, средства 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 (раздел I приложения № 4 к Программе), при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 3 Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, заболеваний, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств и расстройств поведения;

осуществляется финансовое обеспечение профилактических мероприятий, включая профилактические медицинские осмотры граждан и их отдельных категорий, указанных в разделе 3 Программы, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризацию, диспансерное наблюдение (при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 3 Программы, за

исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения), 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.

При предоставлении в соответствии с законодательством Российской Федерации одному из родителей (иному члену семьи или законному представителю) права нахождения в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний стоимость оказанной ребенку медицинской помощи включает расходы на содержание одного из родителей (иного члена семьи или законного представителя) и финансируется за счет средств ОМС по видам медицинской помощи и заболеваниям, включенным в Территориальную программу ОМС.

Медицинская помощь, предоставляемая в рамках Территориальной программы ОМС, обеспечивается средствами ОМС в объемах, определенных бюджетом Территориального фонда ОМС Воронежской области.

Страховое обеспечение в соответствии с Территориальной программой ОМС устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

За счет субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС осуществляется финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации

Территориальной программы ОМС, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (раздел I приложения № 4 к Программе).

За счет бюджетных ассигнований бюджета Федерального фонда ОМС осуществляются финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи:

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

медицинскими организациями частной системы здравоохранения, включенными в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи за счет 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;

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

медицинской эвакуации, осуществляемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации;

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 в части расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную базовой программой ОМС);

медицинской помощи, предусмотренной федеральными законами для определенных категорий граждан, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти;

лечения граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации, направленных в порядке, установленном

Министерством здравоохранения Российской Федерации;

санаторно-курортного лечения отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации;

закупки 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;

закупки 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;

закупки 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;

предоставления в установленном порядке бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура 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»;

мероприятий, предусмотренных национальным календарем профилактических прививок в рамках направления (подпрограммы) «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование 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»;

дополнительных мероприятий, установленных в соответствии с законодательством Российской Федерации;

медицинской деятельности, связанной с донорством органов и тканей человека в целях трансплантации (пересадки).

За счет бюджетных ассигнований областного 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 Территориальных программах ОМС; скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам;

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 Территориальную 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, подведомственных департаменту здравоохранения Воронежской области, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (раздел II приложения № 4 к Программе);

предоставления в медицинских организациях государственной системы здравоохранения, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, 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 областного бюджета осуществляется:

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 гражданина или его инвалидности;

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;

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

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

долечивание работающих граждан, постоянно проживающих на территории Воронежской области, непосредственно после стационарного лечения в условиях специализированных санаторно-курортных организаций (отделений медицинских организаций);

оздоровление беременных женщин в специализированных санаторно-курортных организациях;

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;

обеспечение медицинской деятельности, связанной с донорством органов и тканей человека в целях трансплантации (пересадки), в медицинских организациях, подведомственных департаменту здравоохранения Воронежской области;

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

В рамках Программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств 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, 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 федерального бюджета, областного бюджета в установленном порядке оказывается медицинская помощь и предоставляются иные государственные услуги (выполняются работы) в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти Воронежской области, за исключением видов медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС, в лепрозориях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, центрах профилактики и борьбы со СПИДом, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах охраны здоровья семьи и репродукции, медико-генетических центрах (консультациях), центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в Территориальную программу ОМС), центрах профессиональной патологии и в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро и патологоанатомических отделениях медицинских организаций (за исключением диагностических исследований, проводимых по заболеваниям, указанным в разделе 3 Программы, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования в

рамках Территориальной программы ОМС), медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, в центрах крови, на станциях переливания крови, в домах ребенка, включая специализированные, молочных кухнях и в 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, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, 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).

6. Нормативы объема медицинской помощи

Программа разработана на основе нормативов объема медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610, по профилям отделений стационара и врачебным специальностям в амбулаторно-поликлинических учреждениях, а также с учетом численности населения, застрахованного по ОМС в

Воронежской области. Объемы бесплатной медицинской помощи определяются с учетом особенностей половозрастного состава, этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости населения Воронежской области, плотности населения, транспортной доступности.

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

Нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Программой, и составляют:

для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, в рамках базовой программы ОМС на 2020 - 2022 годы - 0,29 вызова на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой:

с профилактической и иными целями (включая посещения, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе посещения центров здоровья, 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):

за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2020 - 2022 годы - 0,755 посещения на 1 жителя (включая медицинскую помощь, оказываемую выездными психиатрическими бригадами), из них для паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому, на 2020 год - 0,024 посещения на 1 жителя, на 2021 - 2022 годы - 0,009 посещения на 1 жителя, в том числе при осуществлении посещений на дому выездными патронажными

бригадами на 2020 год - 0,0015 посещения на 1 жителя, на 2021 - 2022 годы - 0,002 посещения на 1 жителя;

в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования для проведения профилактических медицинских осмотров на 2020 год - 0,2535 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, на 2021 год - 0,26 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, на 2022 год - 0,274 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, для проведения диспансеризации на 2020 год - 0,181 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, на 2021 год - 0,19 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, на 2022 год - 0,261 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, для посещений с иными целями на 2020 год - 2,4955 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2021 год - 2,48 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2022 год - 2,395 посещения на 1 застрахованное лицо;

в неотложной форме в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2020 - 2022 годы - 0,54 посещения на 1 застрахованное лицо;

в связи с заболеваниями - за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2020 - 2022 годы - 0,144 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2020 - 2022 годы - 1,77 обращения (законченного случая лечения заболевания в амбулаторных условиях, в том числе в связи с проведением медицинской реабилитации, с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2) на 1 застрахованное лицо;

в связи с проведением следующих отдельных диагностических (лабораторных) исследований в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2020 - 2022 годы:

компьютерная томография - 0,0275 исследования на 1 застрахованное лицо;

магнитно-резонансная томография - 0,0119 исследования на 1 застрахованное лицо;

ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы - 0,1125 исследования на 1 застрахованное лицо;

эндоскопические диагностические исследования - 0,0477 исследования на 1 застрахованное лицо;

молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний - 0,0007 исследования на 1 застрахованное лицо;

гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний - 0,0501 исследования на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в условиях дневных стационаров за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2020 - 2022 годы - 0,004 случая лечения на 1 жителя (включая случаи оказания паллиативной медицинской помощи в условиях дневного стационара), в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2020 год - 0,06296 случая лечения на 1 застрахованное лицо, на 2021 год - 0,06297 случая лечения на 1 застрахованное лицо, на 2022 год - 0,06299 случая лечения на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология» на 2020 год - 0,006941 случая лечения на 1 застрахованное лицо, на 2021 год - 0,0076351 случая лечения на 1 застрахованное лицо, на 2022 год - 0,0083986 случая лечения на 1 застрахованное лицо;

для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2020 - 2022 годы - 0,0146 случая госпитализации на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2020 - 2022 годы - 0,17671 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология» на 2020 год - 0,01001 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2021 год - 0,011011

случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2022 год - 0,0121121 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо;

для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2020 - 2022 годы - 0,005 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо (в том числе не менее 25 процентов для медицинской реабилитации детей в возрасте 0 - 17 лет с учетом реальной потребности);

для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода) за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2020 - 2022 годы - 0,092 койко-дня на 1 жителя.

Нормативы медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении составляют на 2020 год - 0,000492 случая на 1 застрахованное лицо, на 2021 год - 0,000507 случая на 1 застрахованное лицо, на 2022 год - 0,00052 случая на 1 застрахованное лицо.

Объем 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 базовую программу ОМС, включается в средние нормативы объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

Нормативы объема скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, не включенной в Территориальную программу ОМС, включая медицинскую эвакуацию, устанавливаются субъектами Российской Федерации.

Субъектом Российской Федерации на основе перераспределения

объемов медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания устанавливаются дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, а также климатических и географических особенностей регионов.

Установленные в Программе нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Программой.

Объем высокотехнологичной медицинской помощи в целом по Программе (в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти) в расчете на 1 жителя составляет на 2020 - 2022 годы 0,007 случая госпитализации.

Объемы медицинской помощи включают услуги телемедицинских консультаций в рамках оказания консультативной специализированной медицинской помощи пациентам государственных лечебных учреждений Воронежской области.

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями, на 1 жителя/застрахованное лицо на 2020 год приведен в приложении № 6 к Программе.

Дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности приведены в таблице.

Вид медицинской помощи	В рамках программы за счет бюджетных ассигнований				В рамках Территориальной программы ОМС			
	1-й уровень	2-й уровень	3-й уровень	Всего	1-й уровень	2-й уровень	3-й уровень	Всего
Скорая медицинская помощь	0,003	0,012	0,002	0,017	0,20	0,05	0,04	0,29
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров				0,05200	0,1697	0,0318	0,2535
	комплексное посещение для проведения диспансеризации				0,0390	0,1140	0,0280	0,1810
	посещение с иными целями	0,151	0,499	0,106	0,755	1,3593	0,6221	2,4955
	посещение по паллиативной медицинской помощи, включая	0,006	0,014	0,004	0,024			
Паллиативная медицинская помощь	посещение на дому выездными патронажными бригадами	0,0002	0,0009	0,0003	0,0015			
	по неотложной помощи				0,12	0,27	0,15	0,54
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	обращение по поводу заболевания	0,033	0,077	0,034	0,144	0,52	0,30	1,77
		0,0001	0,0029	0,001	0,004	0,01109	0,01720	0,06296
Медицинская помощь в стационарных условиях	0,0016	0,0082	0,0048	0,0146	0,02596	0,05155	0,09919	0,17671
Паллиативная медицинская помощь	0,050	0,024	0,018	0,092				

7. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой по Программе, на 2020 год составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств ОМС – 2435,9 рубля;

на 1 посещение при оказании медицинскими организациями (их структурными подразделениями) медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактической и иными целями:

за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (включая расходы на оказание медицинской помощи выездными психиатрическими бригадами, расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому) – 699,3 рубля, из них на 1 посещение при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому (за исключением посещений на дому выездными патронажными бригадами), - 428,0 рубля, на 1 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) - 2055,2 рубля;

за счет средств обязательного медицинского страхования на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров - 1782,2 рубля, на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, - 2048,7 рубля, на 1 посещение с иными целями – 273,7 рубля;

в неотложной форме за счет средств обязательного медицинского страхования – 632,9 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств бюджета – 1981,4 рубля, за счет средств ОМС – 1418,6 рубля, включая средние нормативы финансовых затрат на проведение одного исследования в 2020 - 2022 годах:

компьютерной томографии - 3539,9 рубля;

магнитно-резонансной томографии - 3997,9 рубля;

ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 640,5 рубля;

эндоскопического диагностического исследования - 880,6 рубля;

молекулярно-генетического исследования с целью выявления онкологических заболеваний - 15000 рублей;

гистологического исследования с целью выявления онкологических заболеваний - 575,1 рубля;

на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств бюджета – 13544,1 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 20515,8 рубля, на 1 случай лечения по профилю «онкология» за счет средств ОМС - 77638,3 рубля;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов – 66059,8 рубля, за счет средств ОМС – 34814,14 рубля, на 1 случай госпитализации по профилю «онкология» за счет средств ОМС - 100848,9 рубля;

на 1 случай госпитализации по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций за счет средств ОМС - 36118,8 рубля;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в

стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов – 2240,4 рубля.

Средние нормативы финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения составляют 118713,5 рубля.

Нормативы финансовых затрат на 1 вызов скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, не включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования, устанавливаются субъектами Российской Федерации. Средний норматив финансовых затрат за счет средств соответствующих бюджетов на 1 случай оказания медицинской помощи авиамедицинскими выездными бригадами скорой медицинской помощи при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, с учетом реальной потребности (за исключением расходов на авиационные работы) составляет 8295,7 рубля.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, на 2021 и 2022 годы составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств ОМС на 2021 год - 2567,3 рубля, на 2022 год - 2666,9 рубля;

на 1 посещение при оказании медицинскими организациями (их структурными подразделениями) медицинской помощи в амбулаторных условиях:

с профилактической и иными целями:

за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (включая расходы на оказание медицинской помощи выездными психиатрическими бригадами, расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому) на 2021 год - 475,5 рубля, на 2022 год - 504,5 рубля, из них на 1 посещение при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому (за исключением посещений на дому выездными

патронажными бригадами), на 2021 год - 427,5 рубля, на 2022 год - 453,6 рубля, на 1 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) на 2021 год - 2137,4 рубля, на 2022 год - 2267,7 рубля;

за счет средств обязательного медицинского страхования на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров на 2021 год - 1891,6 рубля, на 2022 год - 1944,6 рубля, на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, на 2021 год - 2106,8 рубля, на 2022 год - 2151,4 рубля, на 1 посещение с иными целями на 2021 год - 305 рублей, на 2022 год - 373,7 рубля;

в неотложной форме за счет средств обязательного медицинского страхования на 2021 год - 670 рублей, на 2022 год - 696,8 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов на 2021 год - 1378,9 рубля, на 2022 год - 1462,9 рубля, за счет средств ОМС на 2021 год - 1475,4 рубля, на 2022 год - 1483 рубля, включая средства на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований;

на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов на 2021 год - 14082,9 рубля, на 2022 год - 14082,9 рубля, за счет средств ОМС на 2021 год - 21490,8 рубля, на 2022 год - 22394,8 рубля, на 1 случай лечения по профилю «онкология» за счет средств ОМС на 2021 год - 86673,2 рубля, на 2022 год - 90140,1 рубля;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов на 2021

год - 81569,4 рубля, на 2022 год – 86382 рубля, за счет средств ОМС на 2021 год - 36876,5 рубля, на 2022 год - 38389,2 рубля; на 1 случай госпитализации по профилю «онкология» за счет средств ОМС на 2021 год - 113868,2 рубля, на 2022 год - 121019,2 рубля;

на 1 случай госпитализации по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций за счет средств ОМС на 2021 год - 37948,9 рубля, на 2022 год - 39948,8 рубля;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода), на 2021 год - 2183,8 рубля, на 2022 год – 2312 рублей.

Нормативы финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения составляют на 2021 год – 124728,5 рубля, на 2022 год - 128568,5 рубля.

Нормативы финансовых затрат на 1 вызов скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, не включенной в Территориальную программу ОМС, устанавливаются субъектами Российской Федерации. Средний норматив финансовых затрат за счет средств соответствующих бюджетов на 1 случай оказания медицинской помощи при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, с учетом реальной потребности (за исключением расходов на авиационные работы) составляет на 2021 год – 8295,7 рубля, на 2022 год – 8295,7 рубля.

Подушевые нормативы финансирования устанавливаются правительством Воронежской области исходя из средних нормативов, предусмотренных разделом 6 Программы и настоящим разделом Программы, с учетом соответствующих коэффициентов дифференциации, рассчитанных в

соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

Подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Программой, составляют:

за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в расчете на 1 жителя) в 2020 году – 3932,2 рубля, 2021 году – 3737,0 рублей и 2022 году – 33886,5 рубля;

за счет средств ОМС на финансирование базовой программы ОМС за счет субвенций Федерального фонда ОМС (в расчете на 1 застрахованное лицо) в 2020 году – 12699,2 рубля, 2021 году – 13461,6 рубля и 2022 году – 14193,0 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 тысяч 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 тысяч человек, - 1,113, для медицинских организаций, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, - 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 1,6.

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет в среднем на 2020 год:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей, - 287,2 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, - 957,2 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, - 1516,4 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, - 1702,8 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий более 2000 жителей, - 1702,8 тыс. рублей.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, в составе которой имеются фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, определяется исходя из подушевого норматива финансирования и количества лиц, прикрепленных к ней, а также расходов на фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты исходя из их количества в составе медицинской организации и установленного в настоящем разделе среднего размера их финансового обеспечения.

8. Порядок, условия предоставления медицинской помощи, критерии доступности и качества медицинской помощи

8.1. Условия реализации установленного законодательством Российской Федерации права на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача)

При оказании гражданину медицинской помощи в рамках Программы он

имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Лицам, имеющим право на выбор врача и выбор медицинской организации, до момента реализации указанного права первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается в медицинских организациях, в которых указанные лица находились на медицинском обслуживании, врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) и фельдшерами, осуществлявшими медицинское обслуживание указанных лиц.

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:

- 1) по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста;
- 2) в случае самостоятельного обращения гражданина в медицинскую

организацию, в том числе организацию, выбранную им, с учетом порядка оказания медицинской помощи.

Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случае если в реализации Программы принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации, в которой возможно оказание медицинской помощи с учетом сроков ожидания медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС.

Медицинская помощь в неотложной или экстренной форме оказывается гражданам с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания.

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

Руководители медицинских организаций (их структурных подразделений) содействуют выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача в порядке, утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 № 407н «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача».

8.2. Порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, находящихся на территории Воронежской области

Право на внеочередное оказание медицинской помощи в рамках настоящей Программы, в том числе на ежегодное диспансерное обследование, предоставляется инвалидам войны и гражданам других категорий, предусмотренных действующим законодательством.

Внеочередное оказание медицинской помощи в рамках Программы (в том числе ежегодное диспансерное обследование) осуществляется в медицинских организациях, участвующих в реализации Программы на территории Воронежской области (далее - медицинские организации), по месту жительства или работы граждан.

Информация о категориях граждан, имеющих право на внеочередное оказание медицинской помощи (диспансерное обследование), размещается на стендах медицинских организаций.

Право на внеочередное получение медицинской помощи (диспансерное обследование) в медицинских организациях реализуется при предъявлении удостоверений единого образца, установленного федеральным или областным законодательством.

Медицинские организации организуют учет граждан, динамическое наблюдение за состоянием их здоровья, диспансерное обследование.

Направление граждан для внеочередного получения медицинской помощи осуществляется медицинской организацией по месту их жительства или работы, в том числе после выхода на пенсию.

Контроль за внеочередным оказанием медицинской помощи гражданам осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и руководителями медицинских организаций.

8.3. Порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, 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, за исключением лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по желанию пациента

1. При оказании медицинской помощи обеспечение граждан лекарственными препаратами, 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 осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, экстренной и неотложной медицинской помощи осуществляется бесплатное лекарственное обеспечение граждан в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее - Перечень ЖНВЛП), утвержденным Правительством Российской Федерации.

3. При оказании стационарной медицинской помощи (по видам медицинской помощи, включенным в Программу), медицинской помощи в дневных стационарах всех типов осуществляется бесплатное лекарственное обеспечение граждан в соответствии с Перечнем ЖНВЛП и стандартами медицинской помощи, обеспечение медицинскими изделиями в соответствии с Перечнем медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи,

утвержденным Правительством Российской Федерации.

Назначение лекарственных препаратов, не входящих в Перечень ЖНВЛП, при оказании стационарной помощи осуществляется по медицинским показаниям (при нетипичном течении болезни, наличии осложнений основного заболевания и (или) сочетанных заболеваний, при назначении опасных комбинаций лекарственных препаратов, а также при непереносимости лекарственных препаратов) на основании решений врачебной комиссии медицинской организации.

4. При оказании плановой амбулаторной медицинской помощи лекарственное обеспечение осуществляется за счет личных средств граждан, за исключением категорий граждан, имеющих право на получение соответствующих мер социальной поддержки, установленных федеральным и областным законодательством.

При необходимости проведения во время амбулаторного приема по назначению лечащего врача и врачей-специалистов медицинских манипуляций, операций и диагностических исследований осуществляется бесплатное обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с Перечнем ЖНВЛП.

5. Льготное лекарственное обеспечение граждан при амбулаторном лечении в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения», а также постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих», в соответствии с Законом Воронежской области от 14.11.2008 № 103-ОЗ «О социальной поддержке отдельных категорий граждан в Воронежской области» осуществляется согласно

стандартам оказания медицинской помощи и Перечню лекарственных препаратов для льготного отпуска (далее - Перечень препаратов), определенному приложением № 5 к Программе, в рамках реализации указанных нормативных правовых актов.

Назначение и выписка лекарственных препаратов, не входящих в Перечень препаратов, осуществляются при оказании амбулаторной помощи по медицинским показаниям (при нетипичном течении болезни, наличии осложнений основного заболевания и (или) сочетанных заболеваний, при назначении опасных комбинаций лекарственных препаратов, а также при непереносимости лекарственных препаратов) на основании решений врачебной комиссии медицинской организации.

6. Льготное обеспечение отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, лекарственное обеспечение больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, а также обеспечение граждан лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности, осуществляется в соответствии с федеральным и областным законодательством.

8.4. Перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках Программы

В рамках Программы осуществляются:

- проведение профилактических прививок, включенных в Национальный

календарь профилактических прививок (кроме социально значимых) или проводимых по эпидемическим показаниям (исключая приобретение вакцин), в том числе врачебных осмотров пациентов перед вакцинацией и после нее;

- проведение осмотров и лабораторного обследования контактных лиц в очагах инфекционных заболеваний (кроме социально значимых заболеваний);

- плановые осмотры по поводу диспансерного наблюдения;

- профилактические медицинские осмотры (включая лабораторные обследования) детей до 18 лет, в том числе школьников, учащихся профессиональных образовательных учреждений и студентов дневных форм обучения учреждений высшего образования, в том числе при поступлении в учебные заведения и определении профессиональной пригодности подростков;

- первичная медико-санитарная помощь, оказываемая в центрах здоровья, кабинетах и отделениях профилактики, центрах медицинской профилактики;

- профилактика туберкулеза в амбулаторно-поликлинических, стационарных условиях, противотуберкулезных кабинетах;

- проведение в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации профилактических осмотров по выявлению ранних и скрытых форм заболеваний (кроме предварительных и периодических медицинских осмотров);

- диспансеризация взрослого населения;

- амбулаторно-поликлиническая помощь в части профилактических мероприятий, не входящих в Территориальную программу ОМС;

- консультативная помощь в центрах и кабинетах медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

8.5. Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Программы, в том числе Территориальной программы ОМС

Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Программы, в том числе Территориальной программы ОМС, с указанием медицинских организаций, проводящих профилактические медицинские осмотры, в том числе в рамках диспансеризации, определен приложением № 3 к Программе.

8.6. Условия пребывания в медицинских организациях при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний

В больничных учреждениях больные размещаются в палатах с соблюдением санитарно-эпидемиологических требований, утвержденных постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.05.2010 № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

Больные, роженицы и родильницы обеспечиваются питанием (в том числе лечебным питанием) в соответствии с физиологическими нормами «МР 2.3.1.2432-08. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации. Методические рекомендации», утвержденными Роспотребнадзором 18.12.2008, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.06.2013 № 395н «Об утверждении норм лечебного питания».

При совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в

стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний указанным лицам обеспечивается предоставление спального места и питания.

Лицу, находящемуся вместе с ребенком в медицинской организации, выдается листок нетрудоспособности в соответствии с Порядком выдачи листков нетрудоспособности, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.06.2011 № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности».

8.7. Условия размещения пациентов в маломестных палатах (боксах) по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации

Размещение пациентов в маломестных палатах (боксах) осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 535н «Об утверждении перечня медицинских и эпидемиологических показаний к размещению пациентов в маломестных палатах (боксах)». При этом допускается одновременное размещение в маломестной палате (боксе) больных только с одинаковыми нозологиями.

Обязательными условиями пребывания в маломестной палате (боксе) являются:

- изоляция больных от внешних воздействующих факторов, а в случаях инфекционных заболеваний - предупреждение заражения окружающих;
- соблюдение действующих санитарно-гигиенических норм и правил при уборке и дезинфекции помещений и окружающих предметов в маломестных палатах (боксах).

8.8. Порядок предоставления транспортных услуг при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований (при отсутствии возможности проведения данных исследований медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту)

При необходимости транспортировки пациента, находящегося на стационарном лечении, в другую медицинскую организацию с целью выполнения стандартов и порядков оказания медицинской помощи (перевод для продолжения лечения, проведения отдельных диагностических или лечебных медицинских процедур, оказания консультативной помощи при отсутствии возможности их проведения в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациенту) транспортная услуга предоставляется бесплатно.

Предоставление указанных услуг осуществляется медицинской организацией, в которой пациент находится на лечении в стационарных условиях.

8.9. Условия и сроки диспансеризации для отдельных категорий населения, профилактических осмотров несовершеннолетних

Диспансеризация населения, в том числе несовершеннолетних, осуществляется в соответствии с требованиями (сроки, объемы обследования), устанавливаемыми федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения.

Диспансеризация населения, в том числе несовершеннолетних, проводится медицинскими организациями независимо от организационно-правовой формы, участвующими в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части оказания первичной медико-санитарной помощи, при наличии

соответствующих лицензий на осуществление медицинской деятельности.

Гражданин проходит диспансеризацию в медицинской организации, выбранной им для получения первичной врачебной или доврачебной медико-санитарной помощи, в соответствии с Порядком выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 № 406н.

Диспансеризация проводится при наличии информированного добровольного согласия гражданина, данного по форме и в порядке, которые утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Диспансеризация несовершеннолетних проводится при наличии информированного добровольного согласия несовершеннолетнего или его законного представителя на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Гражданин вправе отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских мероприятий, входящих в объем диспансеризации, в порядке и по форме, которые утверждены федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения.

Ответственность за организацию и проведение диспансеризации населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, возлагается на ее руководителя и на отделение (кабинет) медицинской профилактики (в том числе кабинет, входящий в состав центра здоровья).

Ответственность за организацию и проведение диспансеризации населения терапевтического, в том числе цехового, участка (участка врача общей практики (семейного врача)) возлагается на врача-терапевта участкового, врача-терапевта цехового врачебного участка, врача общей

практики (семейного врача).

8.10. Порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, не участвующей в реализации Программы

В соответствии со статьей 11 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинскими организациями гражданину безотлагательно и бесплатно. В случае отказа в ее оказании медицинские организации несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Главным критерием экстренности медицинской помощи является наличие угрожающих жизни состояний.

Расходы, связанные с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, не участвующей в реализации Программы, подлежат возмещению на договорной основе на основании актов сверки с департаментом здравоохранения Воронежской области согласно действующему законодательству Российской Федерации в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС, утвержденных Программой.

8.11. 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

В целях обеспечения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи Программой установлены предельные сроки:

- ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в

неотложной форме - не более 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

- ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, в том числе для лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, не более 14 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию, а для пациентов с онкологическими заболеваниями – не более 7 календарных дней с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления предварительного диагноза заболевания (состояния);

- ожидания 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 (за исключением подозрений на онкологическое заболевание) - не более 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;

- проведения консультаций врачей-специалистов в случае подозрения на онкологические заболевания- не более 3 рабочих дней;

- проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи, а также установления диагноза онкологического заболевания - не более 14 календарных дней со дня назначения исследований (за исключением исследований при подозрении на онкологическое заболевание);

- проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи - не более 14 календарных дней со дня назначения;

- проведения диагностических инструментальных и лабораторных

исследований в случае подозрения на онкологические заболевания - не более 7 рабочих дней со дня назначения исследований;

Время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме - не более 20 минут с момента ее вызова .

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 о персональных данных.

8.12. Условия предоставления детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в случае выявления у них заболеваний медицинской помощи всех видов, включая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, а также медицинскую реабилитацию

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 21.12.1996 № 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, предоставляются бесплатное медицинское обслуживание и оперативное лечение в государственных учреждениях здравоохранения, в том числе проведение диспансеризации, оздоровления, регулярных медицинских осмотров.

Медицинская помощь детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, оказывается в медицинских организациях в соответствии с:

- Порядком оказания педиатрической помощи, утвержденным приказом

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.04.2012 № 366н;

- Порядком диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2013 № 216н;

- Порядком проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 № 72н.

Высокотехнологичная и специализированная медицинская помощь детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, оказывается в соответствии с действующим законодательством.

Медицинская реабилитация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, организована в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 № 1705н, оказывается в медицинских организациях области по территориальному принципу, при наличии показаний - в медицинских организациях третьего уровня.

8.13. Требования к срокам установления диспансерного наблюдения врача-онколога

В целях обеспечения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи срок установления диспансерного наблюдения врача-онколога за пациентом с выявленным онкологическим заболеванием не должен превышать 3 рабочих дня с момента постановки диагноза онкологического заболевания.

8.14. Порядок обеспечения граждан в рамках оказания паллиативной медицинской помощи для использования на дому медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека, а также наркотическими лекарственными препаратами, психотропными лекарственными препаратами при посещениях на дому

Настоящий Порядок устанавливает правила обеспечения и передачи от медицинской организации пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи согласно перечню медицинских изделий, предназначенных для поддержания функции органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому, за исключением технических средств реабилитации, предоставляемых инвалиду, утвержденных распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 № 2347-р «О федеральном перечне реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду».

Решение о проведении пациенту паллиативной медицинской помощи на дому с использованием медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, принимает врачебная комиссия медицинской организации по месту прикрепления пациента.

Врачебная комиссия предоставляет заключение о проведении пациенту паллиативной медицинской помощи на дому с использованием медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, при наличии подписанного добровольного информированного согласия.

Пациент (законный представитель) предоставляет заполненную анкету о состоянии домашних условий пациента, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи на дому с использованием медицинских

изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем человека.

Медицинская организация на основании заключения врачебной комиссии о проведении пациенту паллиативной медицинской помощи на дому при наличии подписанного добровольного информированного согласия, заполненной и подписанной анкеты заключает договор с пациентом (законным представителем) о безвозмездном пользовании медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемыми для использования на дому.

Медицинская организация на основании договора о безвозмездном пользовании медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека, при наличии подписанного пациентом (законным представителем) акта о приеме-передаче медицинских изделий предоставляет медицинские изделия.

Медицинская организация на основании договора о безвозмездном пользовании медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека, на основании подписанного пациентом (законным представителем) акта возврата медицинского изделия осуществляет прием медицинских изделий.

Применение наркотических и психотропных лекарственных препаратов при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам, получающим паллиативную медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях, осуществляется в соответствии с действующим законодательством в сфере обращения наркотических средств и психотропных веществ.

При выписке пациента из медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, пациенту (его доверенному лицу) в соответствии с пунктом 4 Порядка назначения лекарственных препаратов, утвержденного приказом Минздрава России от 14.01.2019 № 4н, могут быть назначены (с оформлением рецепта) либо

выданы наркотические и психотропные лекарственные препараты на срок приема пациентом до 5 дней.

Врач выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи при осмотре пациента в случае необходимости назначения наркотического или психотропного лекарственного препарата, а также изменения наименования или увеличения дозы ранее назначенного препарата имеет право выписать рецепт на наркотический или психотропный лекарственный препарат с оформлением его в установленном порядке.

Обеспечение наркотическими и психотропными лекарственными препаратами выписываемых пациентов, получавших паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, и пациентов, находящихся под наблюдением выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи, по выписанным рецептам осуществляется в прикрепленных аптечных организациях.

Информация о количестве выписанного или выданного на руки больному или его доверенному лицу наркотического или психотропного лекарственного препарата направляется в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь, по месту прикрепления пациента.

Прием неиспользованных наркотических лекарственных препаратов и неиспользованных специальных рецептурных бланков, выписанных выездной патронажной службой, от родственников умерших больных осуществляется уполномоченным работником медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, к которой был прикреплен пациент.

9. Целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы

Целевыми значениями критериев качества медицинской помощи в 2020 году являются:

удовлетворенность населения медицинской помощью (процентов от числа опрошенных) - 39,5, в том числе:

- в городской местности - 39,5;

- в сельской местности - 39,5;

смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения) - 560 - 2020 год, 555 - 2021 год, 550 - 2022 год;

доля умерших в трудоспособном возрасте на дому в общем количестве умерших в трудоспособном возрасте - 57,0 %;

материнская смертность (на 100 тыс. родившихся живыми) - 7,9 (не более 2 случаев);

младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми) - 4,5 - 2020 год, 4,3 - 2021 год, 4,2 - 2022 год, в том числе:

- в городской местности - 4,6 - 2020 год, 4,4 - 2021 год, 4,3 - 2022 год;

- в сельской местности - 4,4 - 2020 год, 4,2 - 2021 год, 4,1 - 2022 год;

доля умерших в возрасте до 1 года на дому в общем количестве умерших в возрасте до 1 года - 7,9 % - 2020 год, 7,8 % - 2021 год; 7,7 % - 2022 год;

смертность детей в возрасте 0 - 4 лет (на 1000 родившихся живыми) - 5,6 - 2020 год, 5,4 - 2021 год, 5,2 - 2022 год;

смертность населения (число умерших на 1000 человек населения) - 14,6 - 2020 год, 14,5 - 2021 год, 14,4 - 2022 год, в том числе:

- в городской местности - 13,2 - 2020 год, 13,1 - 2021 год, 13,0 - 2022 год;

- в сельской местности - 17,5 - 2020 год, 17,5 - 2021 год, 17,4 - 2022 год;

доля умерших в возрасте 0 - 4 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0 - 4 лет - 7,4 % - 2020 год, 7,3 % - 2021 год, 7,2 % - 2022 год;

смертность детей в возрасте 0 - 17 лет (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста) - 47,8 - 2020 год, 47,0 - 2021 год, 47,0 - 2022 год;

доля умерших в возрасте 0 - 17 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0 - 17 лет - 12,6 % - 2020 год, 12,5 % - 2021 год, 12,4 % - 2022 год;

доля пациентов со злокачественными новообразованиями, находящихся под диспансерным наблюдением с даты установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями, находящихся под диспансерным наблюдением, - 56,7 % - 2020 год, 57,5 % - 2021 год, 58,2 % - 2022 год;

доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года - 63,9 % - 2020 год, 64,1 % - 2021 год, 64,3 % - 2022 год;

доля пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленных активно, в общем количестве пациентов со злокачественными новообразованиями, взятых под диспансерное наблюдение, 25,5 % - 2020 год, 26,0 % - 2021 год, 28 % - 2022 год;

доля впервые выявленных случаев фиброзно-кавернозного туберкулеза в общем количестве выявленных случаев туберкулеза в течение года – 2,0 % - 2020 год, 1,9 % - 2021 год, 1,8 % - 2022 год;

доля лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, получающих антиретровирусную терапию, в общем количестве лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, - 55 % - 2020 год, 57 % - 2021 год, 60 % - 2022 год;

доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 12 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда - 50,0 %;

доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к ее проведению, - 40 %;

доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению, - 20,0 %;

доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым

выездной бригадой скорой медицинской помощи проведен тромболизис, в общем количестве пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи, - 40,0 %;

доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями - 15,0 %;

доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры, - 5 % - 2020 год, 6 % - 2021 год, 6,5 % - 2022 год;

доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры в первые 6 часов от начала заболевания, - 13 %;

количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках Программы (на 1 тыс. населения), - не более 0,01;

доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года – 13 %;

доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, лиц старше трудоспособного возраста в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года у лиц старше

трудоспособного возраста – 9 % - 2020 год, 9,1 % - 2021 год, 9,1 % - 2022 год;

доля доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме - не более 20 минут с момента ее вызова 90,1 % - 2020 год, 90,2 % - 2021 год, 90,3 % - 2022 год;

доля впервые выявленных онкологических заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных онкологических заболеваний в течение года 11,0 % - 2020 год, 11,5 % - 2021 год, 12 % - 2022 год;

доля пациентов со злокачественными новообразованиями, взятых под диспансерное наблюдение, в общем количестве пациентов со злокачественными новообразованиями - 98,8 % - 2020 год, 98,8 % - 2021 год, 98,8 % - 2022 год;

доля пациентов, получивших паллиативную медицинскую помощь, в общем количестве пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, - 97,0 % - 2020 год, 97,1 % - 2021 год, 97,2 % - 2022 год;

доля пациентов, получающих обезболивание в рамках оказания паллиативной медицинской помощи, в общем количестве пациентов, нуждающихся в обезболивании при оказании паллиативной медицинской помощи, - 100 % - 2020 год, 100 % - 2021 год, 100 % - 2022 год.

Целевыми значениями критериев доступности медицинской помощи в 2020 году являются:

обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. человек населения) - 39 - 2020 год, 39,0 - 2021 год, 39,1 - 2022 год, в том числе оказывающими медицинскую помощь в организациях:

- расположенных в городской местности, - 52,1 (в том числе при оказании помощи в стационарных условиях, - 21,6, в амбулаторных условиях - 28,2);

- расположенных в сельской местности, - 11,3 (в том числе при оказании

помощи в стационарных условиях - 2,9, в амбулаторных условиях - 8,0);

обеспеченность населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. человек населения) - 87,3, в том числе оказывающим медицинскую помощь в организациях:

- расположенных в городской местности, - 108,1 (в том числе при оказании помощи в стационарных условиях - 50,6, в амбулаторных условиях - 47,0);

- расположенных в сельской местности, - 43,4 (в том числе при оказании помощи в стационарных условиях - 27,6, в амбулаторных условиях - 11,8);

доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на Программу - 8,0 %;

доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на Программу - 2,0 %;

доля охвата диспансеризацией взрослого населения, подлежащего диспансеризации, - 64 %;

доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами взрослого населения, в том числе городских и сельских жителей, подлежащего профилактическим медицинским осмотрам, - 95 %;

доля записей к врачу, совершенных гражданами без очного обращения в регистратуру медицинской организации, - 28 % - 2020 год, 38 % - 2021 год, 47 % - 2022 год;

число пациентов, получивших паллиативную медицинскую помощь по месту жительства, в том числе на дому, - 9460 - 2020 год, 9460 - 2021 год, 9460 - 2022 год;

число пациентов, которым оказана паллиативная медицинская помощь по месту их фактического пребывания за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого указанные пациенты зарегистрированы по месту жительства, - 3 - 2020 год, 3 - 2021 год, 3 - 2022 год;

доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, в том числе городских и сельских жителей, подлежащих профилактическим

медицинским осмотрам, - 95 %;

доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в федеральных медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, - 1,5 %;

число лиц, проживающих в сельской местности, которым оказана скорая медицинская помощь, на 1000 человек сельского населения - 318;

доля фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов, находящихся в аварийном состоянии и требующих капитального ремонта, в общем количестве фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов - 20,5 %;

доля посещений выездной патронажной службой на дому для оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в общем количестве посещений по паллиативной медицинской помощи взрослому населению - 45,0 % - 2020 год, 48,0 % - 2021 год, 52,0 % - 2022 год;

доля женщин, которым проведено экстракорпоральное оплодотворение, в общем количестве женщин с бесплодием – 20 %.

Эффективность деятельности медицинских организаций (на основе оценки выполнения функции врачебной должности, показателей рационального и целевого использования коечного фонда) - 331,0 дня (в том числе эффективность деятельности медицинских организаций, расположенных в городской местности, - 330,0 дня, в сельской местности - 333,0 дня):

- коэффициент выполнения функции врачебной должности $K_v = 95 - 100$ %;

- показатель рационального использования коечного фонда $K_r = 0,9 - 1,0$;

- коэффициент целевого использования коечного фонда $K_s = 0,9 - 1,0$;

- коэффициент экономической эффективности использования коечного фонда $K_{\text{э}} = 0,9 - 1,0$;

- коэффициент финансовых затрат поликлиники ($K_{\text{п}}$) и стационара ($K_{\text{с}}$) считается эффективным, если деятельность поликлиники ($K_{\text{п}}$) и стационара ($K_{\text{с}}$) ниже коэффициента выполнения функции врачебной должности ($K_{\text{в}}$) и коэффициента экономической эффективности использования коечного фонда ($K_{\text{э}}$).