



ПРАВИТЕЛЬСТВО ХАБАРОВСКОГО КРАЯ
ПОСТАНОВЛЕНИЕ

02 ноября 2020 г. № 460-пр

г. Хабаровск

О внесении изменений в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденную постановлением Правительства Хабаровского края от 30 декабря 2019 г. № 589-пр

В целях приведения отдельных положений Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением Правительства Хабаровского края от 30 декабря 2019 г. № 589-пр, в соответствие с действующим законодательством Правительство края

ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Внести в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденную постановлением Правительства Хабаровского края от 30 декабря 2019 г. № 589-пр, следующие изменения:

1) абзац второй раздела 2 изложить в следующей редакции:

"перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края в 2020 году, в том числе базовой программы обязательного медицинского страхования, и перечень медицинских организаций, проводящих профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию (приложение № 1)";

2) разделы 5, 6 изложить в следующей редакции:

"5. Базовая программа обязательного медицинского страхования

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

В рамках базовой 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 меди-

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

осуществляются профилактические мероприятия, включая диспансеризацию, диспансерное наблюдение (при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 4 настоящей Территориальной программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения) и профилактические медицинские осмотры граждан, в том числе их отдельных категорий, указанных в разделе 4 настоящей Территориальной программы, 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.

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

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" тарифным соглашением между уполномоченным органом исполнительной власти края, Хабаровским краевым фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", профессиональными союзами медицинских работников или их объединений (ассоциаций), представители которых включены в состав комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Хабаровском крае (далее – соглашение о тарифах на оплату медицинской помощи по ОМС на территории Хабаровского края), утвержденный постановлением Правительства Хабаровского края от 23 марта 2012 г. № 71-пр "О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Хабаровском крае", в порядке, установленном законодательством Российской Федерации и Хабаровского края.

Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС формируются в соответствии с принятыми в базовой программе ОМС способами оплаты меди-

цинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

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

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

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

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

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

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

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

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

Информация о медицинских организациях, на базе которых граждане могут пройти профилактические медицинские осмотры, включая диспансе-

ризацию, размещается на официальном сайте министерства здравоохранения Хабаровского края в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

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

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

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

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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

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

- 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 в целях 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 (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 в целях выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) (далее – отдельные диагностические (лабораторные) исследования);

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

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе 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.

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, может применяться способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи. При этом из

расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

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

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную, при наличии медицинских показаний, в установленные настоящей Территориальной программой сроки. Врачу ежедневно предоставляются сведения о возможных объемах отдельных диагностических (лабораторных) исследований, предоставляемых в конкретных медицинских организациях.

Порядок направления на отдельные диагностические (лабораторные) исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, гистологические исследования и молекулярно-генетические исследования в целях выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) устанавливается министерством здравоохранения Хабаровского края.

Оплата указанных отдельных 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 в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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

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

Базовая программа ОМС включает нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо (в соответствии с разделом 7 настоящей Территориальной программы), нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (в том

числе по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи) и нормативы финансового обеспечения базовой программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо (в соответствии с разделом 8 настоящей Территориальной программы), требования к условиям оказания медицинской помощи (в соответствии с приложением № 2 к настоящей Территориальной программе), критерии доступности и качества медицинской помощи (в соответствии с приложением № 3 к настоящей Территориальной программе).

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

На период приостановления проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2020 г. № 710-р средства, предусмотренные на финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, подлежат включению в подушевое финансирование медицинских организаций (подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

6. Финансовое обеспечение Территориальной программы

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

За счет средств ОМС в рамках базовой 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, включенных в базовую программу ОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС, установленного постановлением Правительства Российской Федерации от 07 декабря 2019 г. № 1610 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов" (далее – раздел I перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи), при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 4 настоящей Территориальной программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения;

осуществляется финансовое обеспечение профилактических мероприятий, включая диспансеризацию, диспансерное наблюдение (при заболеваниях и

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

За счет субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС осуществляется финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации базовой программы ОМС, в соответствии с разделом I перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи.

В целях обеспечения доступности и качества медицинской помощи застрахованным лицам объемы специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи распределяются между медицинскими организациями, в том числе федеральными государственными бюджетными учреждениями, с учетом ежегодного расширения базовой программы ОМС за счет включения в нее отдельных методов лечения, указанных в разделе II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленного постановлением Правительства Российской Федерации от 07 декабря 2019 г. № 1610 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов", для каждой медицинской организации в объеме, сопоставимом с объемом предыдущего года.

За счет бюджетных ассигнований краевого бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

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

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

первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в части медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу ОМС (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения, связанные в том числе с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические медицинские осмотры обучающихся в общеобра-

зовательных 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 базовой программе ОМС;

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

высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях Хабаровского края, подведомственных министерству здравоохранения Хабаровского края, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС, установленного постановлением Правительства Российской Федерации от 07 декабря 2019 г. № 1610 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов" (далее – раздел II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи), при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 4 настоящей Территориальной программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения;

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

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

За счет бюджетных ассигнований краевого бюджета осуществляются:

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

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

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

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

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

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

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

В рамках настоящей Территориальной программы за счет бюджетных ассигнований краевого бюджета и средств ОМС 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 краевого бюджета осуществляется оказание медицинской помощи и предоставление иных государственных услуг (работ) в соответствии с утверждаемыми в установленном порядке общероссийским базовым (отраслевым) перечнем (классификатором) государственных и муниципальных услуг, оказываемых физическим лицам, и региональным перечнем (классификатором) государственных (муниципальных) услуг, не включенных в общероссийский базовый (отраслевой) перечень (классификатор) государственных и муниципальных услуг и работ, оказываемых (выполняемых) находящимися в ведении министерства здравоохранения Хабаровского края краевыми государственными учреждениями в качестве основных видов деятельности, входящими в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации, за исключением видов медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС, а также осуществляется финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, из них на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря), в том числе осуществляется предоставление иных государственных услуг (работ), предусмотренных стандартами и порядками оказания медицинской помощи, в патологоанатомических отделениях многопрофильных медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования (при этом финансовое обеспечение проведения прижизненных гистологических и цитологических исследований пациентов осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования).";

3) абзац двадцать второй раздела 7 изложить в следующей редакции:

"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 территориальную программу ОМС, включается в территориальные нормативы объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований краевого бюджета.";

4) раздел 8 изложить в следующей редакции:

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

Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Территориальной программой, на 2020 год составляют:

на один вызов скорой медицинской помощи за счет средств ОМС –

3 767,6 рубля;

на одно посещение при оказании медицинскими организациями (их структурными подразделениями) медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактической и иными целями за счет средств краевого бюджета (включая расходы на оказание медицинской помощи выездными психиатрическими бригадами, расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому) – 749,8 рубля, из них на одно посещение при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому (за исключением посещений на дому выездными патронажными бригадами) – 629,7 рубля, на одно посещение при оказании паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами (без учета расходов на оплату социальных услуг, оказываемых социальными работниками, и расходов для предоставления на дому медицинских изделий) – 7 711,1 рубля;

за счет средств ОМС на одно комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 2 755,3 рубля, на одно комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, – 3 167,3 рубля, на одно посещение с иными целями – 421,9 рубля;

- на одно посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств ОМС – 975,5 рубля;

на одно обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств краевого бюджета – 2 166,0 рублей, за счет средств ОМС – 2 200,6 рубля, включая территориальные нормативы финансовых затрат на проведение одного исследования:

- компьютерной томографии – 5 472,7 рубля;
- магнитно-резонансной томографии – 6 180,8 рубля;
- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 990,2 рубля;
- эндоскопического диагностического исследования – 1 361,4 рубля;
- молекулярно-генетического исследования в целях выявления онкологических заболеваний – 23 190,0 рублей;
- гистологического исследования в целях выявления онкологических заболеваний – 889,1 рубля;

на один случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств краевого бюджета – 20 075,0 рублей, за счет средств ОМС – 31 622,5 рубля, на один случай лечения по профилю "онкология" за счет средств ОМС – 120 028,8 рубля;

на один случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств краевого бюджета – 109 001,4 рубля, за счет средств ОМС – 53 667,4 рубля, на один случай госпитализации по профилю "онкология" за

счет средств ОМС – 155 912,4 рубля;

на один случай госпитализации по медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций за счет средств ОМС – 55 839,7 рубля;

на один койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и сестринского ухода), за счет средств краевого бюджета – 3 248,7 рубля.

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

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

Финансовый размер обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет в среднем на 2020 год:

- фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1 479,8 тыс. рублей;
- фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1 500 жителей, – 2 344,4 тыс. рублей;
- фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1 500 до 2 000 жителей, – 2 632,5 тыс. рублей.

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

Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Территориальной программой, на 2021 – 2022 годы составляют:

на один вызов скорой медицинской помощи за счет средств ОМС – 3 969 рублей на 2021 год и 4 123 рубля на 2022 год;

на одно посещение с профилактической и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств краевого бюджета

(включая расходы на оказание медицинской помощи выездными психиатрическими бригадами, расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому) – 722,0 рубля на 2021 – 2022 годы, из них на одно посещение при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому (за исключением посещений на дому выездными патронажными бригадами), – 629,7 рубля на 2021 – 2022 годы, на одно посещение при оказании паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами (без учета расходов на оплату социальных услуг, оказываемых социальными работниками, и расходов для предоставления на дому медицинских изделий) – 6 940,0 рублей на 2021 – 2022 годы;

за счет средств ОМС на одно комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 2 924,4 рубля на 2021 год, 3 006,4 рубля на 2022 год; на одно комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, – 3 257,1 рубля на 2021 год, 3 326,1 рубля на 2022 год; на одно посещение с иными целями – 471,5 рубля на 2021 год, 577,7 рубля на 2022 год;

- на одно посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств ОМС – 1 035,8 рубля на 2021 год и 1 077,3 рубля на 2022 год;

на одно обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств краевого бюджета – 2 085,6 рубля на 2021 – 2022 годы; за счет средств ОМС – 2 281,0 рубль на 2021 год и 2 292,7 рубля на 2022 год, включая средства на проведение одного исследования:

- компьютерной томографии – 5 472,7 рубля;
- магнитно-резонансной томографии – 6 180,8 рубля;
- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 990,2 рубля;
- эндоскопического диагностического исследования – 1 361,4 рубля;
- молекулярно-генетического исследования в целях выявления онкологических заболеваний – 23 190,0 рублей;
- гистологического исследования в целях выявления онкологических заболеваний – 889,1 рубля;

на один случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств краевого бюджета – 20 075,0 рублей на 2021 – 2022 годы; за счет средств ОМС – 33 224,8 рубля на 2021 год и 34 622,4 рубля на 2022 год;

на один случай лечения по профилю "онкология" за счет средств ОМС – 133 996,8 рубля на 2021 год и 139 356,6 рубля на 2022 год;

на один случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях,

за счет средств краевого бюджета – 105 532,9 рубля на 2021 год и 105 341,1 рубля на 2022 год; за счет средств ОМС – 57 011,1 рубля на 2021 год и 59 349,7 рубля на 2022 год;

на один случай госпитализации по профилю "онкология" за счет средств ОМС – 176 040,2 рубля на 2021 год и 187 095,7 рубля на 2022 год;

на один случай госпитализации по медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций за счет средств ОМС – 58 669,0 рублей на 2021 год, 61 760,8 рубля на 2022 год;

на один койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и сестринского ухода), за счет средств краевого бюджета – 2 769,0 рублей на 2021 – 2022 годы.

Территориальные нормативы финансовых затрат на один случай экстракорпорального оплодотворения составляют: на 2020 год – 183 531,1 рубля, 2021 год – 192 830,3 рубля, 2022 год – 198 766,9 рубля.

Территориальный норматив финансовых затрат на один вызов скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, не включенной в территориальную программу ОМС, составляет на 2020 год – 74 007,5 рубля, на 2021 – 2022 годы – 76 472,5 рубля, при этом территориальный норматив финансовых затрат на один случай оказания медицинской помощи выездными бригадами медицинской помощи во время транспортировки при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами (за исключением расходов на авиационные работы), составляет 9 730,93 рубля на 2020 год, 10 120,10 рубля на 2021 год, 10 524,93 рубля на 2022 год.

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

за счет бюджетных ассигнований краевого бюджета (в расчете на одного жителя) в 2020 году – 5 386,65 рубля, в 2021 году – 4 728,27 рубля, в 2022 году – 4 565,48 рубля;

за счет средств ОМС (в расчете на одно застрахованное лицо) в 2020 году – 19 490,60 рубля, в 2021 году – 20 666,10 рубля, в 2022 году – 21 796,80 рубля.";

5) приложение № 1 изложить в новой редакции согласно приложению № 1 к настоящему постановлению;

6) в абзаце четвертом раздела 15 приложения № 2 после слов "с 50-процентной скидкой," дополнить словами "сформированным в объеме не менее, чем это предусмотрено перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утвержденным Правительством Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств",";

7) приложение № 4 изложить в новой редакции согласно приложе-

нию № 2 к настоящему постановлению;

8) приложение № 5 изложить в новой редакции согласно приложению № 3 к настоящему постановлению;

9) подпозицию J04AB подпозиции J04A позиции J04 подраздела J раздела I "Лекарственные препараты" приложения № 7 изложить в следующей редакции:

1	2	3	4
"J04AB	антибиотики	капреомицин	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения
		рифабутин	капсулы
		рифампицин	капсулы; таблетки, покрытые пленочной оболочкой
		цикloserин	капсулы";

10) приложение № 8 изложить в новой редакции согласно приложению № 4 к настоящему постановлению.

2. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования. Действие подпункта 6 пункта 1 настоящего постановления распространяется на правоотношения, возникшие с 01 сентября 2020 г.

Врио Губернатора, Председателя
Правительства края



М.В. Дегтярев