

ИНФОРМАЦИЯ

о нормативах объема медицинской помощи и нормативах финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, способах оплаты медицинской помощи, порядке и структуре формирования тарифов на оплату медицинской помощи, подушевых нормативах финансового обеспечения, предусмотренных Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Ярославской области медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов

1. Нормативы объема медицинской помощи на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов

1.1. Нормативы объема медицинской помощи по ее видам в целом по Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Ярославской области медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов (далее – Территориальная программа) рассчитываются в единицах объема на 1 жителя в год, по территориальной программе обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) Ярославской области – на 1 застрахованное лицо. Нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Территориальной программой, и составляют:

1.1.1. Для скорой медицинской помощи вне медицинской организации (включая медицинскую эвакуацию) в рамках базовой программы ОМС на 2022 – 2024 годы – 0,29 вызова на 1 застрахованное лицо.

1.1.2. Для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой:

1.1.2.1. 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):

1.1.2.1.1. За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2022 – 2024 годы – 0,584 посещения на 1 жителя (включая медицинскую помощь, оказываемую выездными психиатрическими бригадами), из них для паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому:

- на 2022 год – 0,0224 посещения на 1 жителя, в том числе при

осуществлении посещений на дому выездными бригадами – 0,0058 посещения на 1 жителя;

- на 2023 год – 0,024 посещения на 1 жителя, в том числе при осуществлении посещений на дому выездными бригадами – 0,00640 посещения на 1 жителя;

- на 2024 год – 0,024 посещения на 1 жителя, в том числе при осуществлении посещений на дому выездными патронажными бригадами – 0,0064 посещения на 1 жителя.

1.1.2.1.2. В рамках базовой программы ОМС на 2022 – 2024 годы – 2,93 посещения, из них:

- для проведения профилактических медицинских осмотров на 2022 – 2024 годы – 0,272 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо;

- для проведения диспансеризации на 2022 – 2024 годы – 0,263 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо;

- для посещений с иными целями на 2022 – 2024 годы – 2,395 посещения на 1 застрахованное лицо.

1.1.2.2. В неотложной форме в рамках базовой программы ОМС на 2022 – 2024 годы – 0,54 посещения на 1 застрахованное лицо.

1.1.2.3. Обращений в связи с заболеваниями (обращений – законченных случаев лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2):

- за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов:

на 2022 год – 0,1280 обращения на 1 жителя;

на 2023 год – 0,1280 обращения на 1 жителя;

на 2024 год – 0,1280 обращения на 1 жителя;

- в рамках базовой программы ОМС на 1 застрахованное лицо на 2022 – 2024 годы – 1,7877 обращения, которое включает проведение следующих отдельных диагностических (лабораторных) исследований в рамках базовой программы ОМС на 2022 – 2024 годы:

компьютерная томография – 0,04632 исследования на 1 застрахованное лицо;

магнитно-резонансная томография – 0,02634 исследования на 1 застрахованное лицо;

ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы – 0,08286 исследования на 1 застрахованное лицо;

эндоскопическое диагностическое исследование – 0,02994 исследования на 1 застрахованное лицо;

молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний – 0,00092 исследования на 1 застрахованное лицо;

патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 0,01321 исследования на 1 застрахованное лицо;

тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на 2022 год – 0,182506 исследования на 1 застрахованное лицо, на 2023 год – 0,08987 исследования на 1 застрахованное лицо, на 2024 год – 0,07189 исследования на 1 застрахованное лицо.

1.1.2.4. В связи с обращениями по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» на 2022 год – 0,00287 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, на 2023 – 2024 годы – 0,00294 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо.

1.1.3. Для медицинской помощи в условиях дневных стационаров (для оказания медицинской помощи медицинскими организациями, за исключением федеральных медицинских организаций):

- за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2022 год – 0,0032 случая лечения на 1 жителя; 2023 год – 0,0032 случая лечения на 1 жителя; 2024 год – 0,0032 случая лечения на 1 жителя (включая случаи оказания паллиативной медицинской помощи в условиях дневного стационара);

- в рамках базовой программы ОМС (за исключением федеральных медицинских организаций) на 2022 год – 0,068591 случая лечения на 1 застрахованное лицо, на 2023 год – 0,068605 случая лечения на 1 застрахованное лицо, на 2024 год – 0,068619 случая лечения на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология» на 2022 – 2024 годы – 0,009007 случая лечения на 1 застрахованное лицо;

- за счет средств бюджета Федерального фонда ОМС (федеральные медицинские организации) на 2022 – 2024 годы – 0,002403 случая на 1 застрахованное лицо.

1.1.4. Для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях:

- за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов:

на 2022 год – 0,012133 случая госпитализации на 1 жителя;

на 2023 год – 0,012293 случая госпитализации на 1 жителя;

на 2024 год – 0,012293 случая госпитализации на 1 жителя;

- в рамках базовой программы ОМС (за исключением федеральных медицинских организаций) на 2022 год – 0,166336 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2023 год – 0,166342 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2024 год – 0,166356 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология» на 2022 – 2024 годы – 0,009488 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо;

- за счет средств бюджета Федерального фонда ОМС (федеральные медицинские организации) на 2022 – 2024 годы – 0,01385 случая на 1 застрахованное лицо.

1.1.5. Для медицинской реабилитации в специализированных

медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация», и реабилитационных отделений медицинских организаций (за исключением федеральных медицинских организаций) в рамках базовой программы ОМС на 2022 – 2024 годы – 0,004443 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).

1.1.6. Для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода) за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2022 – 2024 годы – 0,092 койко-дня на 1 жителя.

1.1.7. Для оказания медицинской помощи медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций) при экстракорпоральном оплодотворении на 2022 год – 0,000556 случая на 1 застрахованное лицо, на 2023 год – 0,000477 случая на 1 застрахованное лицо, на 2024 год – 0,000491 случая на 1 застрахованное лицо (средние нормативы).

1.2. Дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по видам, формам и условиям оказания на 2022 год составляют:

1.2.1. На первом уровне оказания медицинской помощи:

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), в рамках базовой программы ОМС – 0,905 посещения на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области – 0,17693 посещения на 1 жителя;

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, в рамках базовой программы ОМС – 0,5084 обращения (законченного случая лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2) на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области – 0,023562 обращения на 1 жителя;

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы ОМС – 0,143 посещения на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области – 0,0004 посещения на 1 жителя;

- для медицинской помощи в стационарных условиях (за исключением федеральных медицинских организаций) в рамках базовой программы ОМС – 0,016612 случая госпитализации (законченного случая лечения

в стационарных условиях) на 1 застрахованное лицо;

- для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области – 0,040617 койко-дня на 1 жителя;

- для медицинской помощи в стационарных условиях (федеральные медицинские организации за счет бюджета Федерального фонда ОМС) – 0,000173 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо.

1.2.2. На втором уровне оказания медицинской помощи:

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), в рамках базовой программы ОМС – 1,445 посещения на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области – 0,35027 посещения на 1 жителя, из них для паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому, – 0,014285 посещения на 1 жителя, в том числе при осуществлении посещений на дому выездными патронажными бригадами – 0,0048 посещения на 1 жителя;

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, в рамках базовой программы ОМС – 1,0070 обращения (законченного случая лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2) на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области – 0,101722 обращения на 1 жителя;

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы ОМС – 0,278 посещения на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области – 0,00166 посещения на 1 жителя;

- для медицинской помощи в стационарных условиях (за исключением федеральных медицинских организаций) в рамках базовой программы ОМС – 0,088523 случая госпитализации (законченного случая лечения в стационарных условиях) на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской реабилитации в реабилитационных отделениях медицинских организаций (за исключением федеральных медицинских организаций) в рамках базовой программы ОМС – 0,003712 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области – 0,0111 случая госпитализации на 1 жителя;

- для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области – 0,044748 койко-дня на 1 жителя.

1.2.3. На третьем уровне оказания медицинской помощи:

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), в рамках базовой программы ОМС – 0,58 посещения на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области – 0,0568 посещения на 1 жителя, из них для паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому, – 0,006515 посещения на 1 жителя, в том числе при осуществлении посещений на дому выездными патронажными бригадами – 0,00016 посещения на 1 жителя;

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, в рамках базовой программы ОМС – 0,2723 обращения (законченного случая лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2) на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области – 0,002716 обращения на 1 жителя;

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы ОМС – 0,119 посещения на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области – 0,00418 посещения на 1 жителя;

- для медицинской помощи в стационарных условиях (за исключением федеральных медицинских организаций) в рамках базовой программы ОМС – 0,061201 случая госпитализации (законченного случая лечения в стационарных условиях) на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области – 0,001076 случая госпитализации на 1 жителя, в том числе для медицинской реабилитации в реабилитационных отделениях медицинских организаций (за исключением федеральных медицинских организаций) в рамках базовой программы ОМС – 0,000731 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо;

- для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области – 0,006635 койко-дня на 1 жителя.

1.3. Дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по видам, формам и условиям оказания медицинской помощи на плановый период 2023 и 2024 годов составляют:

1.3.1. На первом уровне оказания медицинской помощи:

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями (включая посещения центров

здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала):

в рамках базовой программы ОМС на 2022, 2023 годы – 0,905 посещения на 1 застрахованное лицо;

за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области на 2023, 2024 годы – 0,17693 посещения на 1 жителя;

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями:

в рамках базовой программы ОМС на 2023, 2024 годы – 0,5084 обращения (законченного случая лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2) на 1 застрахованное лицо;

за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области на 2022 год – 0,023677 обращения на 1 жителя, на 2023 год – 0,0238 обращения на 1 жителя;

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме:

в рамках базовой программы ОМС на 2023, 2024 годы – 0,143 посещения на 1 застрахованное лицо;

за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области на 2022, 2023 годы – 0,0004 посещения на 1 жителя;

- для медицинской помощи в стационарных условиях (за исключением федеральных медицинских организаций) в рамках базовой программы ОМС на 2023, 2024 годы – 0,016612 случая госпитализации (законченного случая лечения в стационарных условиях) на 1 застрахованное лицо;

- для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области на 2023 год – 0,040602 койко-дня на 1 жителя, на 2024 год – 0,040595 койко-дня на 1 жителя;

- для медицинской помощи в стационарных условиях (федеральные медицинские организации за счет бюджета Федерального фонда ОМС) – 0,000173 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо.

1.3.2. На втором уровне оказания медицинской помощи:

1.3.2.1. Для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой:

1.3.2.1.1. С профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала):

- в рамках базовой программы ОМС на 2023, 2024 годы – 1,445 посещения на 1 застрахованное лицо;

- за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области на 2023, 2024 годы – 0,35027 посещения на 1 жителя, из них для паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому:

на 2023 год – 0,015853 посещения на 1 жителя, в том числе

при осуществлении посещений на дому выездными бригадами – 0,005639 посещения на 1 жителя;

на 2024 год – 0,01742 посещения на 1 жителя, в том числе при осуществлении посещений на дому выездными патронажными бригадами – 0,006238 посещения на 1 жителя.

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

- в рамках базовой программы ОМС на 2023, 2024 годы – 1,0070 обращения (законченного случая лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2) на 1 застрахованное лицо;

- за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области на 2022 год – 0,102294 обращения на 1 жителя, на 2024 год – 0,102757 обращения на 1 жителя.

1.3.2.1.3. Для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме:

- в рамках базовой программы ОМС на 2023, 2024 годы – 0,278 посещения на 1 застрахованное лицо;

- за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области на 2023 год – 0,00167 посещения на 1 жителя, на 2024 год – 0,00168 посещения на 1 жителя.

1.3.2.2. Для медицинской помощи в стационарных условиях (за исключением федеральных медицинских организаций):

- в рамках базовой программы ОМС на 2023, 2024 годы – 0,088523 случая госпитализации (законченного случая лечения в стационарных условиях) на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской реабилитации в реабилитационных отделениях медицинских организаций (за исключением федеральных медицинских организаций), в рамках базовой программы ОМС на 2023, 2024 годы – 0,003712 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо;

- за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области на 2023 год – 0,011154 случая госпитализации на 1 жителя, на 2024 год – 0,011206 случая госпитализации на 1 жителя.

1.3.2.3. Для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области на 2023 год – 0,044713 койко-дня на 1 жителя, на 2024 год – 0,044705 койко-дня на 1 жителя.

1.3.3. На третьем уровне оказания медицинской помощи:

1.3.3.1. Для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой:

1.3.3.1.1. С профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала):

- в рамках базовой программы ОМС на 2023, 2024 годы –

0,58 посещения на 1 застрахованное лицо;

- за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области на 2023, 2024 годы – 0,0568 посещения на 1 жителя, из них для паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому:

на 2023 год – 0,006547 посещения на 1 жителя, в том числе при осуществлении посещений на дому выездными патронажными бригадами – 0,000161 посещения на 1 жителя;

на 2024 год – 0,00658 посещения на 1 жителя, в том числе при осуществлении посещений на дому выездными патронажными бригадами – 0,000162 посещения на 1 жителя.

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

- в рамках базовой программы ОМС на 2023, 2024 годы – 0,2723 обращения (законченного случая лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2) на 1 застрахованное лицо;

- за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области на 2023 год – 0,002729 обращения на 1 жителя, на 2024 год – 0,002743 обращения на 1 жителя.

1.3.3.1.3. Для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме:

- в рамках базовой программы ОМС на 2023, 2024 годы – 0,119 посещения на 1 застрахованное лицо;

- за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области на 2023 год – 0,0042 посещения на 1 жителя, на 2024 год – 0,00422 посещения на 1 жителя.

1.3.3.2. Для медицинской помощи в стационарных условиях (за исключением федеральных медицинских организаций):

- в рамках базовой программы ОМС на 2023, 2024 годы – 0,061201 случая госпитализации (законченного случая лечения в стационарных условиях) на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской реабилитации в реабилитационных отделениях медицинских организаций (за исключением федеральных медицинских организаций) в рамках базовой программы ОМС на 2023, 2024 годы – 0,00731 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо;

- за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области на 2023 год – 0,001081 случая госпитализации на 1 жителя, на 2024 год – 0,001087 случая госпитализации на 1 жителя.

1.3.3.3. Для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Ярославской области на 2023 год – 0,006667 койко-дня на 1 жителя, на 2024 год – 0,0067 койко-дня на 1 жителя.

1.4. В целях обеспечения доступности и качества медицинской помощи застрахованным лицам распределение объемов специализированной,

включая высокотехнологичную, медицинской помощи между медицинскими организациями осуществляется с учетом ежегодного расширения базовой программы ОМС за счет включения в нее отдельных методов лечения, указанных в разделе II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, приведенного в приложении 1 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 г. № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов», для каждой медицинской организации в объеме, сопоставимом с объемом предыдущего года.

В нормативы объема медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований бюджета Ярославской области, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, включаются объемы медицинской помощи, оказываемой не идентифицированным и 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.

2. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, способы оплаты медицинской помощи, порядок и структура формирования тарифов на оплату медицинской помощи

2.1. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, способы оплаты медицинской помощи, порядок и структура формирования тарифов на оплату медицинской помощи на 2022 год.

2.1.1. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Территориальной программой, на 2022 год составляют:

2.1.1.1. На 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств ОМС – 2884,7 рубля.

2.1.1.2. 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) – 500,20 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) – 443,2 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) – 2216,4 рубля;

- за счет средств ОМС – 679,8 рубля, из них:

на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 2015,90 рубля;

на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, – 2492,5 рубля, для проведения углубленной диспансеризации – 1017,5 рубля;

на 1 посещение с иными целями – 329,0 рубля.

2.1.1.3. На 1 посещение в неотложной форме за счет средств ОМС – 713,7 рубля.

2.1.1.4. На 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями):

- за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов – 806,2 рубля;

- за счет средств ОМС – 1617,98 рубля, включая средние нормативы финансовых затрат на проведение одного исследования в 2022 году:

компьютерной томографии – 2542,0 рубля;

магнитно-резонансной томографии – 3575,0 рубля;

ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 492,1 рубля;

эндоскопического диагностического исследования – 923,3 рубля;

молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 8174,2 рубля;

патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2021,3 рубля;

тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 600,5 рубля.

2.1.1.5. На 1 комплексное посещение при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» – 18438,4 рубля.

2.1.1.6. На 1 случай лечения в условиях дневных стационаров (за исключением федеральных медицинских организаций):

- за счет средств соответствующих бюджетов – 18311,5 рубля;

- за счет средств ОМС – 23192,7 рубля, на 1 случай лечения по профилю «онкология» в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) за счет средств ОМС – 79186,3 рубля;

- за счет средств бюджета Федерального фонда ОМС (федеральные медицинские организации) – 44102,90 рубля.

2.1.1.7. На 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях:

- за счет средств соответствующих бюджетов – 84587,5 рубля;

- за счет средств ОМС (за исключением федеральных медицинских организаций) – 37316,0 рубля, в том числе:

на 1 случай госпитализации по профилю «онкология» в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) за счет средств ОМС - 101250,1 рубля;

на 1 случай госпитализации по медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций (за исключением федеральных медицинских организаций) за счет средств ОМС – 38662,5 рубля;

- за счет средств бюджета Федерального фонда ОМС (федеральные медицинские организации) – 70119,0 рубля.

2.1.1.8. 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), – 2620,6 рубля.

2.1.1.9. На 1 случай экстракорпорального оплодотворения в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 124728,5 рубля (средние нормативы).

2.1.2. 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 выездными бригадами скорой медицинской помощи с учетом реальной потребности составляет 6067,63 рубля.

2.1.3. Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Территориальной программой, на 2023 и 2024 годы составляют:

2.1.3.1. На 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств ОМС на 2023 год – 3057,6 рубля, на 2024 год – 3243,3 рубля.

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

2.1.3.2.1. 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 2023 и 2024 годы – 489,84 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 2023 и 2024 годы – 426,2 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 2023 и 2024 годы – 2131,2 рубля.

2.1.3.2.2. За счет средств ОМС:

- на 2023 год – 703,8 рубля, из них:

на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 2136,4 рубля;

на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе в целях выявления онкологических заболеваний), – 2455,8 рубля;

на 1 посещение с иными целями – 348,7 рубля;

- на 2024 год – 746,6 рубля, из них:

на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 2265,8 рубля;

на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе в целях выявления онкологических заболеваний), – 2604,6 рубля;

на 1 посещение с иными целями – 369,8 рубля.

2.1.3.3. На 1 посещение в неотложной форме за счет средств ОМС на 2023 год – 756,4 рубля, на 2024 год – 802,2 рубля.

2.1.3.4. На 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями):

- за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2023 и 2024 годы – 1384,25 рубля;

- за счет средств ОМС на 2023 год – 1695,4 рубля, на 2024 год – 1798,1 рубля, включая средние нормативы финансовых затрат на проведение одного исследования в 2023 – 2024 годах:

компьютерной томографии – на 2023 год – 2694,0 рубля, на 2024 год – 2857,2 рубля;

магнитно-резонансной томографии – на 2023 год – 3788,7 рубля, на 2024 год – 4018,2 рубля;

ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – на 2023 год – 521,5 рубля, на 2024 год – 553,1 рубля;

эндоскопического диагностического исследования – на 2023 год – 978,5 рубля, на 2024 год – 1037,8 рубля;

молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – на 2023 год – 8662,9 рубля, на 2024 год – 9187,7 рубля;

патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – на 2023 год – 2142,1 рубля, на 2024 год – 2271,9 рубля;

тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – на 2023 год – 636,4 рубля, на 2024 год – 675,0 рубля.

2.1.3.5. На 1 комплексное посещение при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» – на 2023 – 2024 годы – 19555,4 рубля.

2.1.3.6. На 1 случай лечения в условиях дневных стационаров (за исключением федеральных медицинских организаций):

- за счет средств соответствующих бюджетов на 2023 год – 18405,17 рубля, на 2024 год – 18405,17 рубля;

- за счет средств ОМС на 2023 год – 24308,3 рубля, на 2024 год – 25784,9 рубля, в том числе на 1 случай лечения по профилю «онкология» (за исключением федеральных медицинских организаций) за счет средств ОМС на 2023 год – 83066,1 рубля, на 2024 год – 87165,8 рубля;

- за счет средств бюджета Федерального фонда ОМС (федеральные медицинские организации) – на 2023 год – 46166,50 рубля, на 2024 год – 48396,40 рубля.

2.1.3.7. На 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (за исключением федеральных медицинских организаций):

- за счет средств соответствующих бюджетов на 2023 год – 84908,54 рубля, на 2024 год – 84908,54 рубля;

- за счет средств ОМС на 2023 год – 39513,9 рубля, на 2024 год – 41801,0 рубля, в том числе:

на 1 случай госпитализации по профилю «онкология» за счет средств ОМС (за исключением федеральных медицинских организаций) на 2023 год – 106840,6 рубля, на 2024 год – 112804,8 рубля;

на 1 случай госпитализации по медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций (за исключением федеральных медицинских организаций) за счет средств ОМС на 2023 год – 40797,2 рубля, на 2024 год – 43074,6 рубля;

- за счет средств бюджета Федерального фонда ОМС (федеральные медицинские организации) – на 2023 год – 74053,60 рубля, на 2024 год –

78524,30 рубля.

2.1.3.8. 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 2023 год – 2532,11 рубля, на 2024 год – 2544,94 рубля.

2.1.3.9. На 1 случай экстракорпорального оплодотворения в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) на 2023 – 2024 годы – 124728,5 рубля.

2.1.4. 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 выездными бригадами скорой медицинской помощи с учетом реальной потребности (за исключением расходов на авиационные работы) составляет на 2023 год – 6065,26 рубля, на 2024 год – 6065,26 рубля.

Нормативы объема и нормативы финансовых затрат на единицу объема проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-биологических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) установлены с учетом применения различных видов и методов исследований систем, органов и тканей человека, обусловленного заболеваемостью населения, и могут быть скорректированы.

Нормативы объема патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала включают отдельные исследования, которые могут быть проведены в том числе в условиях круглосуточного стационара и оплачены в рамках межучрежденческих взаиморасчетов.

2.1.5. Подушевые нормативы финансирования за счет средств ОМС на финансирование базовой программы ОМС за счет субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС устанавливаются с учетом соответствующих коэффициентов дифференциации, рассчитанных в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 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».

2.1.6. Средние подушевые нормативы финансирования,

предусмотренные Территориальной программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют:

- за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в расчете на 1 жителя) в 2022 году – 4027,43 рубля, в 2023 году – 4044,41 рубля, в 2024 году – 4058,31 рубля;

- за счет средств ОМС на финансирование базовой программы ОМС (за исключением федеральных медицинских организаций) за счет субвенций Федерального фонда ОМС (в расчете на 1 застрахованное лицо) в 2022 году – 14174,33 рубля, в 2023 году – 14949,9 рубля, в 2024 году – 15834,7 рубля;

- за счет средств бюджета Федерального фонда ОМС (федеральные медицинские организации) – на 2022 год – 889 рубля, на 2023 год – 937,9 рубля, на 2024 год – 993,2 рубля.

2.1.7. Средние подушевые нормативы финансирования базовой программы ОМС за счет субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС сформированы без учета средств бюджета Федерального фонда ОМС, направляемых на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, приведенного в приложении № 1 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 г. № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов».

2.2. В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в том числе в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности, устанавливаются коэффициенты дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом реальной потребности населения, обусловленной уровнем и структурой заболеваемости, особенностями половозрастного состава, в том числе численности населения в возрасте 65 лет и старше, плотности населения, транспортной доступности медицинских организаций, количества структурных подразделений, за исключением количества фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, а также маршрутизации пациентов при оказании медицинской помощи.

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, – не менее 1,113, для медицинских организаций, обслуживающих свыше 20 тысяч 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 не менее 1,6.

2.3. 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 2022 год:

- фельдшерский или фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1087,7 тыс. рублей,

- фельдшерский или фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 1723,1 тыс. рублей,

- фельдшерский или фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 1934,9 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.

2.4. Порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием медицинской помощи в экстренной форме застрахованным по ОМС лицам, определяются Правилами ОМС, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенным между страховой медицинской организацией и медицинской организацией.

Порядок определения объема финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной не застрахованным по ОМС лицам в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, входящих в базовую программу ОМС, за исключением оказания скорой медицинской помощи, устанавливается постановлением Правительства области.

