



РЕСПУБЛИКА КРЫМ

СОВЕТ МИНИСТРОВ

РАДА МІНІСТРІВ
НАЗІРЛЕР ШУРАСЫ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 29 декабря 2023 г. № 994

г. Симферополь

*Об утверждении
Территориальной программы
государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи в Республике
Крым на 2024 год и на плановый
период 2025 и 2026 годов*

В соответствии со статьей 8 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов», статьями 83, 84 Конституции Республики Крым, статьями 14, 20 Закона Республики Крым от 19 июля 2022 года № 307-ЗРК/2022 «Об исполнительных органах Республики Крым»

Совет министров Республики Крым **постановляет:**

1. Утвердить прилагаемую Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов.

2. Настоящее постановление вступает в силу с 1 января 2024 года.

Председатель Совета министров
Республики Крым



Ю. ГОЦАНЮК

Приложение
к постановлению Совета министров
Республики Крым
от «29 декабря» 2023 года № 994

Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов

1. Общие положения

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов (далее - Территориальная программа госгарантий) разработана в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (далее - Программа государственных гарантий).

Территориальная программа госгарантий 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 определяет порядок и условия предоставления медицинской помощи, критерии доступности и качества медицинской помощи.

Территориальная программа госгарантий формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, разработанных в том числе на основе клинических рекомендаций, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Республики Крым, основанных на данных медицинской статистики.

Территориальная программа госгарантий формируется с учетом установленного Правительством Российской Федерации порядка поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в

соответствии с частями 3, 4, 6 – 9 и 11 статьи 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В соответствии с Конституцией Российской Федерации в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации находится координация вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью. Органы местного самоуправления муниципальных образований в Республике Крым (далее - органы местного самоуправления) в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обеспечивают в пределах своей компетенции доступность медицинской помощи.

При формировании Территориальной программы госгарантий учитываются порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, особенности половозрастного состава населения, уровень и структура заболеваемости населения Республики Крым, основанные на данных медицинской статистики, а также климатические, географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций.

В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, Правительство Российской Федерации вправе установить особенности реализации базовой программы обязательного медицинского страхования, являющейся составной частью Программы государственных гарантий (далее - базовая программа обязательного медицинского страхования).

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

2.1. В рамках Территориальной программы госгарантий (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 медицинская помощь;

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 медицинскую помощь, а также паллиативная специализированная медицинская помощь.

Понятие «медицинская организация» используется в Территориальной программе госгарантий в значении, определенном в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и

Федеральном законе от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»).

Ветеранам боевых действий оказание медицинской помощи в рамках Территориальной программы госгарантий осуществляется во внеочередном порядке.

2.2. Первичная медико-санитарная помощь

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 медико-санитарная помощь оказывается в дневном стационаре, являющемся структурным подразделением медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь преимущественно амбулаторно.

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

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

2.3. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская 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.

Специализированная медицинская помощь оказывается в дневном стационаре, являющемся структурным подразделением преимущественно круглосуточных стационаров, и включает в том числе проведение врачами-специалистами оперативных вмешательств и лечение заболеваний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий.

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 генной 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, согласно приложению 1 к Программе государственных гарантий (далее - перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи).

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

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

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

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

Медицинская эвакуация, в том числе между субъектами Российской Федерации, осуществляется выездными бригадами скорой медицинской

помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

Медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти (далее - федеральные медицинские организации), вправе осуществлять медицинскую эвакуацию.

2.5. Медицинская реабилитация

Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

Медицинская реабилитация граждан на всех этапах осуществляется мультидисциплинарной реабилитационной командой в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

При наличии показаний для получения медицинской реабилитации в условиях дневного стационара или амбулаторно, но при наличии факторов, ограничивающих возможности пациента получить такую медицинскую реабилитацию, включая случаи проживания пациента в отдаленном от медицинской организации населенном пункте, ограничения в передвижении пациента, медицинская организация, к которой прикреплен пациент для получения первичной медико-санитарной помощи, организует ему прохождение медицинской реабилитации на дому (далее - медицинская реабилитация на дому).

При оказании медицинской реабилитации на дому на период лечения пациенту могут предоставляться медицинские изделия, предназначенные для восстановления функций органов и систем, в соответствии с клиническими рекомендациями по соответствующему заболеванию.

Порядок организации медицинской реабилитации на дому, включая перечень медицинских вмешательств, оказываемых при медицинской реабилитации на дому, порядок предоставления пациенту медицинских изделий, а также порядок оплаты указанной помощи установлены Министерством здравоохранения Российской Федерации.

При завершении пациентом лечения в стационарных условиях и при наличии у него медицинских показаний к продолжению медицинской реабилитации в условиях дневного стационара или в амбулаторных условиях по месту жительства медицинская организация, оказавшая пациенту специализированную медицинскую помощь, оформляет пациенту рекомендации по дальнейшему прохождению медицинской реабилитации, содержащие перечень рекомендуемых мероприятий по медицинской реабилитации.

В случае проживания пациента в отдаленном или труднодоступном

населенном пункте информация о пациенте, нуждающемся в продолжении медицинской реабилитации, направляется медицинской организацией, в которой пациент получил специализированную медицинскую помощь, в медицинскую организацию, к которой пациент прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи, для организации ему медицинской реабилитации.

Медицинская реабилитация в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара может проводиться на базе действующих отделений (кабинетов) физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа и других подразделений в соответствии с назначенными врачом по медицинской реабилитации мероприятиями по медицинской реабилитации.

Медицинская реабилитация включает в том числе продолжительную медицинскую реабилитацию (длительностью 30 суток и более) для пациентов, ветеранов боевых действий, принимавших участие (содействовавших выполнению задач) в специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и Украины с 24 февраля 2022 г., на территориях Запорожской области и Херсонской области с 30 сентября 2022 г., уволенных с военной службы (службы, работы).

В случае отсутствия в медицинской организации, к которой пациент прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи, врача по медицинской реабилитации, но при наличии у медицинской организации лицензии на медицинскую реабилитацию врач, предоставляющий пациенту медицинскую реабилитацию, организует при необходимости проведение консультации пациента врачом по медицинской реабилитации медицинской организации (включая федеральные медицинские организации и медицинские организации, не участвующие в Территориальной программе обязательного медицинского страхования Республики Крым), в том числе с использованием дистанционных (телемедицинских) технологий и с последующим внесением соответствующей информации о проведении и результатах такой консультации в медицинскую документацию пациента.

В этом случае оплата такой консультации осуществляется на основании гражданско-правового договора между медицинской организацией, предоставляющей пациенту медицинскую реабилитацию, и медицинской организацией, проводившей консультацию врача по медицинской реабилитации с использованием дистанционных (телемедицинских) технологий.

Перечень федеральных медицинских организаций, осуществляющих организационно-методическую помощь и поддержку медицинских организаций субъектов Российской Федерации, проводящих медицинскую реабилитацию, определен Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования ведет отдельный учет случаев оказания медицинской реабилитации в разрезе условий и форм ее оказания, а также учет пациентов, получивших медицинскую реабилитацию с учетом ее этапности.

2.6. Паллиативная медицинская помощь

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.

Ветеранам боевых действий паллиативная медицинская помощь оказывается во внеочередном порядке.

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 и 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 здравпунктов, 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, в том числе паллиативную, медицинскую помощь 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, в том числе паллиативную, медицинскую помощь 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 бюджета Республики Крым такие медицинские организации и их подразделения обеспечиваются медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также

необходимыми лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами, используемыми при посещениях на дому, и продуктами лечебного (энтерального) питания.

В целях обеспечения пациентов, включая детей, получающих паллиативную медицинскую помощь, наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами исполнительные органы Республики Крым 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 у детей.

Мероприятия по развитию паллиативной медицинской помощи осуществляются в рамках реализации соответствующих государственных программ Республики Крым, включающих указанные мероприятия, а также целевые показатели их результативности.

2.7. Оказание гражданам, находящимся в стационарных организациях социального обслуживания, медицинской помощи

В целях оказания гражданам, находящимся в стационарных организациях социального обслуживания, медицинской помощи Министерством здравоохранения Республики Крым организуется взаимодействие стационарных организаций социального обслуживания с близлежащими медицинскими организациями в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения Республики Крым.

В отношении лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Крым с привлечением близлежащих медицинских организаций проводится в приоритетном порядке диспансеризация, а при наличии хронических заболеваний - диспансерное наблюдение в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Контроль за полнотой и результатами проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляет Министерство здравоохранения Республики Крым, а также страховые медицинские организации, в которых застрахованы по обязательному медицинскому страхованию лица (далее – застрахованные лица), находящиеся в стационарных организациях социального обслуживания, и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым.

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

Программой государственных гарантий.

2.8. Оказание медицинской помощи лицам с психическими расстройствами и расстройствами поведения

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 бюджетных ассигнований бюджета Республики Крым 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 здравпунктов, 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 специализированных 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.

2.9. Формы оказания медицинской помощи

Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

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

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

плановая - медицинская помощь, оказываемая при проведении

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

Гражданам, проживающим на отдаленных территориях и в сельской местности, первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается выездными медицинскими бригадами по графику, устанавливаемому руководителем близлежащей медицинской организации, к которой прикреплены жители отдаленного (сельского) населенного пункта. Доведение информации о графике выезда медицинских бригад осуществляется близлежащим медицинским подразделением (фельдшерским здравпунктом, фельдшерско-акушерским пунктом, врачебной амбулаторией, отделением врача общей практики (семейного врача) и т.д.) любым доступным способом с привлечением органов местного самоуправления.

Федеральные медицинские организации, имеющие прикрепленное население и оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара, организуют оказание первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи и медицинской реабилитации медицинскими работниками федеральных медицинских организаций вне таких медицинских организаций в соответствии с пунктом 21 части 1 статьи 14 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе при оказании медицинской помощи в неотложной форме, включая медицинскую помощь при острых респираторных вирусных инфекциях и новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

При оказании в рамках Территориальной программы госгарантий первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, 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, согласно приложениям 1, 2 к настоящей Территориальной программе госгарантий.

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 установлен Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Нормативные правовые акты, в соответствии с которыми осуществляется маршрутизация застрахованных лиц при наступлении страхового случая, в разрезе условий, уровней и профилей оказания медицинской помощи, в том числе застрахованным лицам, проживающим в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также сельской местности, разрабатываются и утверждаются Министерством здравоохранения Республики Крым в соответствии с нормами законодательства Российской Федерации и Республики Крым.

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

3.1. Гражданин имеет право на бесплатное получение медицинской помощи по видам, формам и условиям ее оказания в соответствии с разделом 2 настоящей Территориальной программы госгарантий 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.

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

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

обеспечение лекарственными препаратами (в соответствии с разделом 5 настоящей Территориальной программы госгарантий);

профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию - определенные группы взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), включающие работающих и неработающих граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме;

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

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 и иными состояниями;

на медицинское обследование, лечение и медицинскую реабилитацию в рамках Территориальной программы госгарантий - донор, давший письменное информированное добровольное согласие на изъятие своих органов и (или) тканей для трансплантации;

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

аудиологический скрининг - новорожденные дети и дети первого года жизни;

на неонатальный скрининг (классическая фенилкетонурия; фенилкетонурия В; врожденный гипотиреоз с диффузным зобом; врожденный гипотиреоз без зоба; кистозный фиброз неуточненный (муковисцидоз); нарушение обмена галактозы (галактоземия); адреногенитальное нарушение неуточненное (адреногенитальный синдром); адреногенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов) - новорожденные, родившиеся живыми;

на расширенный неонатальный скрининг (недостаточность других уточненных витаминов группы В (дефицит биотинидазы (дефицит биотин-зависимой карбоксилазы; недостаточность синтетазы голокарбоксилаз (недостаточность биотина); другие виды гиперфенилаланинемии (дефицит синтеза биоптерина (тетрагидробиоптерина), дефицит реактивации биоптерина (тетрагидробиоптерина); нарушения обмена тирозина (тирозиномия); болезнь с запахом кленового сиропа мочи (болезнь «кленового сиропа»); другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью

(пропионовая ацидемия); метилмалоновая метилмалонил КоА-мутаза (ацидемия метилмалоновая); метилмалоновая ацидемия (недостаточность кобаламина А); метилмалоновая ацидемия (недостаточность кобаламина В); метилмалоновая ацидемия (дефицит метилмалонил КоА-эпимеразы); метилмалоновая ацидемия (недостаточность кобаламина D); метилмалоновая ацидемия (недостаточность кобаламина С); изовалериановая ацидемия (ацидемия изовалериановая); 3-гидрокси-3-метилглутаровая недостаточность; бета-кетотиолазная недостаточность; нарушения обмена жирных кислот (первичная карнитиновая недостаточность; среднецепочечная ацил-КоА-дегидрогеназная недостаточность; длинноцепочечная ацетил-КоА-дегидрогеназная недостаточность (дефицит очень длинной цепи ацил-КоА-дегидрогеназы (VLCAD); очень длинноцепочечная ацетил-КоА-дегидрогеназная недостаточность (дефицит очень длинной цепи ацил-КоА-дегидрогеназы (VLCAD); недостаточность митохондриального трифункционального белка; недостаточность карнитинпальмитоилтрансферазы, тип I; недостаточность карнитин пальмитоилтрансферазы, тип II; недостаточность карнитин/ацилкарнитинтранслоказы; нарушения обмена серосодержащих аминокислот (гомоцистинурия); нарушения обмена цикла мочевины (цитруллинемия, тип I; аргиназная недостаточность); нарушения обмена лизина и гидроксилизина (глутаровая ацидемия, тип I; глутаровая ацидемия, тип II (рибофлавин - чувствительная форма); детская спинальная мышечная атрофия, I тип (Вердинга-Гоффмана); другие наследственные спинальные мышечные атрофии; первичные иммунодефициты) - новорожденные, родившиеся живыми.

Беременные женщины, обратившиеся в медицинские организации и иные 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.

Министерством здравоохранения Республики Крым в порядке, утверждаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации, ведется мониторинг оказываемой таким женщинам правовой, психологической и медико-социальной помощи в разрезе проведенных таким женщинам мероприятий, направленных на профилактику прерывания беременности, включая мероприятия по решению причины, приведшей к желанию беременной женщины прервать беременность, а также оценивается эффективность такой помощи.

3.4. Регистрация и учет впервые выявленных пациентов со злокачественными новообразованиями, в том числе диагнозы которых установлен медицинскими организациями, не являющимися специализированными онкологическими организациями, включая положения о передаче сведений о таких больных в профильные медицинские организации, осуществляется в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Пациентам в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях, с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет, первичная специализированная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь может быть оказана в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям по профилю «детская онкология», в случаях и при соблюдении условий, которые установлены порядком оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4. Территориальная программа обязательного медицинского страхования

4.1. Территориальная программа обязательного медицинского страхования Республики Крым (далее - Территориальная программа ОМС) является составной частью Территориальной программы госгарантий и разработана на основе базовой программы обязательного медицинского страхования, являющейся составной частью Программы государственных гарантий.

4.2. В рамках Территориальной программы ОМС застрахованным лицам:

оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, а также консультирование медицинским психологом по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и/или состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования: пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 3 настоящей Территориальной программы госгарантий, 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 3 настоящей Территориальной программы госгарантий, 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 отдельных

категорий из них, указанных в разделе 3 настоящей Территориальной программы госгарантий, а также мероприятия по медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях амбулаторно, стационарно и в условиях дневного стационара, а при невозможности такого осуществления - вне медицинской организации на дому или силами выездных медицинских бригад, аудиологическому скринингу, а также по применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

С 2025 года устанавливаются нормативы объема и финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, отдельно для первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, в соответствии с приложением № 16 к Территориальной программе госгарантий.

4.3. Порядок формирования тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливается в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 тыс. рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования проводит анализ расходов медицинских организаций в разрезе указанных расходов. В случае выявления повышения доли в структуре затрат расходов на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходов на арендную плату за пользование

имуществом, оплату программного обеспечения, прочих услуг и расходов по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года с одновременным снижением доли оплаты труда медицинских работников Федеральный фонд обязательного медицинского страхования информирует о таком повышении Министерство здравоохранения Российской Федерации и Министерство здравоохранения Республики Крым в целях выявления рисков влияния такого превышения на уровень оплаты труда медицинских работников медицинских организаций.

При получении информации о таком повышении Министерство здравоохранения Республики Крым принимает меры по устранению причин его возникновения, в том числе в рамках пункта 3 статьи 8 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», и информирует о принятых мерах Министерство здравоохранения Российской Федерации и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

Министерство здравоохранения Российской Федерации ежеквартально представляет доклад в Правительство Российской Федерации о результатах проведения анализа расходов медицинских организаций и принятых мерах по устранению причин повышения доли в структуре затрат расходов на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходов на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения, прочих услуг и расходов по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года.

Тарифы на оплату медицинской помощи, за исключением тарифов на оплату специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой при заболеваниях, состояниях (группах заболеваний, состояний) в стационарных условиях и условиях дневного стационара в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования федеральными медицинскими организациями (далее - специализированная медицинская помощь в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования), устанавливаются в соответствии со статьёй 30 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» тарифным соглашением, заключенным между Министерством здравоохранения Республики Крым, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Крым, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьёй 76 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», профессиональными союзами медицинских работников или их объединений (ассоциаций), представители которых включены в установленном порядке в состав Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС, созданной в соответствии с постановлением Совета министров Республики Крым от 23 октября 2014 года № 408.

При формировании тарифов на оплату специализированной медицинской

помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями в рамках Территориальной программы ОМС, применяется порядок согласно приложению 3 к Программе государственных гарантий.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию 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 здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам, 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.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым осуществляет ежеквартально мониторинг и анализ уровня оплаты труда медицинских работников медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения Республики Крым, участвующих в Территориальной программе ОМС, в разрезе отдельных специальностей с представлением результатов мониторинга в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и информированием Министерства здравоохранения Республики Крым для принятия необходимых мер по обеспечению должного уровня оплаты труда медицинских работников.

Перечень групп заболеваний, состояний для оплаты первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях дневного стационара и специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях, приведен в приложении 4 к Программе государственных гарантий.

4.4. Профилактические медицинские осмотры и диспансеризация граждан

В рамках проведения профилактических мероприятий Министерство здравоохранения Республики Крым обеспечивает организацию прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в

том числе в вечерние часы в будние дни и субботу, а также предоставляет гражданам возможность записи на медицинские исследования, осуществляемой в том числе очно, по телефону и дистанционно. График проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации размещается медицинской организацией в открытом доступе на стенде при входе в медицинскую организацию, а также на официальном сайте медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Ветераны боевых действий имеют право на прохождение диспансеризации и профилактических осмотров во внеочередном порядке.

Профилактические мероприятия организуются в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смертности населения, для выявления болезней эндокринной системы, органов пищеварения и других заболеваний, а также для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин.

Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), в течение года после заболевания вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства, по перечню согласно приложению 4 к Территориальной программе госгарантий.

Углубленная диспансеризация также может быть проведена по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Порядок направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке, устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Медицинские организации, в том числе федеральные медицинские организации, имеющие прикрепленный контингент, в соответствии с порядком направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке, формируют перечень граждан, подлежащих углубленной диспансеризации, и направляют его в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым доводит указанные перечни до страховых медицинских организаций, в которых застрахованы граждане, подлежащие углубленной диспансеризации.

Информирование граждан о возможности пройти углубленную диспансеризацию осуществляется с привлечением страховых медицинских организаций с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)», сети радиотелефонной связи (смс-сообщения) и иных доступных средств связи.

Запись граждан на углубленную диспансеризацию осуществляется в

том числе с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)».

Медицинские организации организуют прохождение в течение одного дня углубленной диспансеризации гражданином исходя из выполнения всех исследований и иных медицинских вмешательств первого этапа углубленной диспансеризации в соответствии с пунктом 1 приложения 4 к Территориальной программе госгарантий.

По результатам углубленной диспансеризации в случае выявления хронических неинфекционных заболеваний, в том числе связанных с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), гражданин в течение 3-х рабочих дней в установленном порядке направляется на дополнительные обследования, ставится на диспансерное наблюдение. При наличии показаний ему оказываются соответствующее лечение и медицинская реабилитация в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также предоставляются лекарственные препараты в соответствии с законодательством Российской Федерации.

При необходимости для проведения медицинских исследований в рамках прохождения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной, могут привлекаться медицинские работники медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

Для женщин и мужчин репродуктивного возраста поэтапно в зависимости от возрастных групп организуется проведение диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья (далее – диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин), в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Министерство здравоохранения Республики Крым размещает на своем официальном сайте в государственной информационной системе Республики Крым «Портал Правительства Республики Крым» информацию о медицинских организациях, на базе которых граждане могут пройти профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию, включая перечень медицинских организаций, осуществляющих углубленную диспансеризацию и диспансеризацию, направленную на оценку репродуктивного здоровья, а также порядок их работы.

В целях приближения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации к месту жительства, работы или учебы гражданина медицинские организации формируют выездные медицинские бригады. О дате и месте выезда такой бригады медицинские организации за 7 календарных дней информируют страховые медицинские организации, к которым прикреплены граждане, подлежащие диспансеризации и проживающие в месте выезда медицинской бригады. Страховые медицинские организации в свою очередь не менее, чем, за 3 дня, информируют застрахованных лиц, проживающих в месте выезда, о дате выезда медицинской бригады и месте

проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также осуществляют мониторинг прихода граждан на указанные осмотры с передачей соответствующих данных территориальным фондам обязательного медицинского страхования.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым осуществляет сбор данных о количестве лиц, прошедших профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию, углубленную диспансеризацию и диспансеризацию для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, результатах проведенных мероприятий и передают агрегированные сведения Федеральному фонду обязательного медицинского страхования в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Дополнительная оплата труда медицинских работников по проведению профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включая углубленную диспансеризацию, осуществляется в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации в случае работы за пределами установленной для них продолжительности рабочего времени.

При проведении профилактического медицинского осмотра, диспансеризации могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров, диспансеризации, подтвержденные медицинскими документами гражданина, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации.

В случае выявления у гражданина в течение 1 года после прохождения диспансеризации, заболевания, которое могло быть выявлено на диспансеризации, страховая медицинская организация проводит по случаю диспансеризации медико-экономическую экспертизу, и при необходимости – экспертизу качества медицинской помощи.

Работодатель и (или) образовательная организация может организовывать проведение диспансеризации работников и (или) обучающихся в медицинских организациях работодателя и (или) образовательной организации и их структурных подразделениях (кабинет врача, здравпункт, медицинский кабинет, медицинская часть и другие подразделения), осуществляющих медицинское обслуживание работающих граждан, и (или) обучающихся в образовательных организациях.

Результаты диспансеризации, организованной работодателем и (или) образовательной организацией, передаются в государственную информационную систему Министерства здравоохранения Республики Крым в виде электронного медицинского документа.

В случае участия работодателя и (или) образовательной организации, либо их медицинской организации в Территориальной программе ОМС, проведенная диспансеризация работников и (или) обучающихся подлежит

оплате за счет обязательного медицинского страхования.

4.5. Диспансерное наблюдение за гражданами

Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

Диспансерное наблюдение проводится в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оценку соблюдения периодичности диспансерных приемов (осмотров, консультаций) осуществляют страховые медицинские организации с передачей сведений о фактах несоблюдения периодичности диспансерных приемов (осмотров, консультаций) Министерству здравоохранения Республики Крым и Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Республики Крым для осуществления ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Медицинские организации с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)», а также с привлечением страховых медицинских организаций информируют застрахованное лицо, за которым установлено диспансерное наблюдение, о рекомендуемых сроках явки на диспансерный прием (осмотр, консультацию).

4.6. Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации

При реализации Территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию:

4.6.1 при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID - 19),

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, установленных Министерством здравоохранения Республики Крым (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых установлен Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

а) медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Республики Крым, на территории которой выдан полис обязательного медицинского страхования;

б) медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

в) медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

г) отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

д) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

е) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;

ж) медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

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

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу

высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 5 к настоящей Территориальной программе госгарантий, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

4.6.3 при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 5 к настоящей Территориальной программе госгарантий, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-

статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

4.6.4 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;
- за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

4.7. В рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при финансовом обеспечении первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи могут выделяться подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «акушерство и гинекология» и (или) «стоматология» для оплаты первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи по соответствующим профилям. При этом оплата иной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц), осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, рассчитанному с учетом выделения объемов финансового обеспечения оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «акушерство и гинекология» и (или) «стоматология» в отдельные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц. В подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилям «акушерство и гинекология» и (или) «стоматология» включаются расходы на медицинскую помощь по соответствующим профилям, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

4.8. Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем 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 такой 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, в том числе показатели объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает, в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, в том числе в референс-центрах, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и/или состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования. Также возможно установление отдельных тарифов на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в целях проведения взаиморасчетов между медицинскими организациями, в том числе для оплаты медицинских услуг референс-центров.

По медицинским показаниям и в соответствии с клиническими

рекомендациями медицинские работники медицинских организаций, расположенных в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах организуют проведение консультации с использованием дистанционных (телемедицинских) технологий с последующим внесением соответствующей информации о проведении и результатах такой консультации в медицинскую документацию пациента.

При этом финансовое обеспечение оказания медицинской помощи осуществляется с учетом передачи медицинскими организациями структурированных электронных медицинских документов в порядке и в соответствии с перечнем, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Распределение объема отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала 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, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний в сроки, установленные Территориальной программой госгарантий.

4.9. В рамках реализации Территориальной программы ОМС осуществляется проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции и на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа, любым из методов в случае:

- наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп;

- наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, в том числе для оценки результатов проводимого лечения;

- положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, полученного с использованием экспресс-теста (при

условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации).

При проведении исследований, указанных в абзаце первом настоящего пункта, федеральными медицинскими организациями в процессе оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в случае наличия у пациента признаков острого простудного заболевания неясной этиологии и при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, оплата медицинской помощи осуществляется Федеральным фондом за законченный случай госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе с учетом затрат на проведение исследований на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа, при оформлении соответствующей медицинской документации.

В рамках реализации Территориальной программы госгарантий может устанавливаться дополнительный перечень случаев, при которых проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджета Республики Крым, включая проведение указанных исследований в случае обследования в эпидемических очагах (бытовых и (или) семейных) застрахованных граждан, контактировавших с больным новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

В целях соблюдения сроков оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме маршрутизация пациентов осуществляется в наиболее приближенные к месту нахождения пациента медицинские организации вне зависимости от их ведомственной и территориальной принадлежности.

С 2025 года распределение объемов медицинской помощи по проведению экстракорпорального оплодотворения осуществляется для медицинских организаций, выполнивших не менее 100 результативных случаев экстракорпорального оплодотворения за предыдущий год (за счет всех источников финансирования).

4.10. При формировании тарифов на оплату специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям при онкологических заболеваниях в тарифном соглашении устанавливаются отдельные тарифы на оплату медицинской помощи с использованием пэгаспаргазы и иных лекарственных препаратов, ранее централизованно закупаемых по отдельным решениям Правительства Российской Федерации.

Оказание медицинской помощи в рамках указанных тарифов осуществляется при наличии медицинских показаний, решения соответствующей врачебной комиссии (консилиума) или рекомендаций профильной федеральной медицинской организации (национального медицинского исследовательского центра), в том числе по результатам консультации с использованием телемедицинских (дистанционных) технологий.

Порядок установления тарифов на оплату специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой

федеральными медицинскими организациями, в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования предусматривается приложением 3 к Программе государственных гарантий.

4.10.1 Федеральная медицинская организация оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь с использованием ряда уникальных методов лечения, применяемых при сердечно-сосудистой хирургии и трансплантации органов, в соответствии с разделом III «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи с использованием ряда уникальных методов лечения, применяемых при сердечно-сосудистой хирургии и трансплантации органов, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение предоставления застрахованным лицам специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти» приложения 1 к Программе государственных гарантий.

Федеральная медицинская организация вправе оказывать первичную медико-санитарную помощь и скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь в соответствии с Территориальной программой ОМС. Федеральные медицинские организации вправе оказывать специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в соответствии с Территориальной программой ОМС в случае распределения им объемов предоставления медицинской помощи в соответствии с частью 10 статьи 36 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам во время получения специализированной медицинской помощи в плановой форме в федеральной медицинской организации осуществляется безотлагательно и оплачивается Федеральным фондом обязательного медицинского страхования по тарифам, установленным в соответствии с приложением 3 к Программе государственных гарантий и перечнями, приведенными в приложении 1 (разделы I и III) и приложении 4 к Программе государственных гарантий.

В случае выявления у пациента, которому оказывается специализированная медицинская помощь в федеральной медицинской организации, иного заболевания в стадии декомпенсации, не позволяющего оказать ему медицинскую помощь в плановой форме в этой федеральной медицинской организации, или заболевания, требующего медицинского наблюдения в стационарных условиях, не позволяющего оказать ему медицинскую помощь в плановой форме в этой федеральной медицинской организации, и при отсутствии у федеральной медицинской организации возможности оказать пациенту необходимую медицинскую помощь в экстренной или неотложной форме, пациент переводится в иную медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по соответствующему

профилю.

4.11. Структура Территориальной программы обязательного медицинского страхования

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

При установлении Территориальной программой ОМС в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования страховым случаям, видам и условиям оказания медицинской помощи Территориальная программа ОМС включает в себя также значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, значение норматива финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, реестр медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, и условия оказания медицинской помощи в таких медицинских организациях.

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

4.12. Ежемесячное авансирование страховых медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в 2024 году может осуществляться по заявкам страховых медицинских организаций и медицинских организаций в пределах годового объема финансового обеспечения предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, распределенного решением комиссии по разработке Территориальной программы ОМС в размере более одной двенадцатой годового объема, но не более суммы затрат на приобретение основных средств и материальных запасов за счет средств обязательного медицинского страхования в 2023 году.

В 2024 году ежемесячное авансирование медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договору на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, может осуществляться по заявкам указанных медицинских организаций Федеральным фондом обязательного медицинского

страхования в пределах годового объема финансового обеспечения предоставления медицинской помощи на 2024 год, распределенного медицинской организации в порядке, предусмотренном частью 3.2 статьи 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в размере более одной двенадцатой распределенного годового объема, но не более суммы затрат на приобретение основных средств и материальных запасов за счет средств обязательного медицинского страхования в 2023 году.

5. Финансовое обеспечение Территориальной программы госгарантий

5.1. Источниками финансового обеспечения Территориальной программы госгарантий являются средства федерального бюджета, бюджета Республики Крым, средства обязательного медицинского страхования.

5.2. За счет средств обязательного медицинского страхования 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 Программы государственных гарантий, при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 3 настоящей Территориальной программы госгарантий, 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 профилактические медицинские осмотры граждан и их отдельных категорий, указанных в разделе 3 настоящей Территориальной программы госгарантий, в том числе в рамках диспансеризации, углубленную диспансеризацию, диспансеризацию (при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 3 настоящей Территориальной программы госгарантий, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения), включая транспортные расходы мобильных медицинских бригад, диспансерное наблюдение, а также мероприятий по медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях амбулаторно, в стационарных условиях и условиях дневного стационара, аудиологическому скринингу, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской

Федерации.

За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках Территориальной программы ОМС осуществляется финансовое обеспечение:

- оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями;

- оказания медицинской помощи больным с гепатитом С в условиях дневного стационара и стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями и критериями оказания медицинской помощи больным с гепатитом С в условиях дневного стационара и стационарных условиях (за исключением лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2016 года № 1512 «Об утверждении Положения об организации обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, антивирусными лекарственными препаратами для медицинского применения и Положения об организации обеспечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, антибактериальными и противотуберкулезными лекарственными препаратами для медицинского применения»), установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- проведения углубленной диспансеризации;

- проведения медицинской реабилитации, в том числе за счет межбюджетных трансфертов из федерального бюджета, предоставляемых бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

- проведения консультирования медицинским психологом по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и/или состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования: пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период;

- проведения патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и/или состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанные медицинские организации.

5.3. Финансовое обеспечение Территориальной программы госгарантий осуществляется:

5.3.1. За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, в том числе за счет межбюджетных трансфертов федерального бюджета бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования,

осуществляется финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой:

- федеральными медицинскими организациями и медицинскими организациями частной системы здравоохранения, включенными в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- медицинскими организациями, отнесенными к ведению Министерства здравоохранения Республики Крым.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, 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 обязательного медицинского страхования);

- медицинской эвакуации, осуществляемой федеральными медицинскими организациями, 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, и работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также в части расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную базовой программой обязательного медицинского страхования);

- расширенного неонатального скрининга;
- медицинской помощи, предусмотренной федеральными законами для определенных категорий граждан, оказываемой в федеральных медицинских организациях;

- 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, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра), лиц после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных препаратов, сформированному в установленном порядке и утверждаемому Правительством Российской Федерации, в том числе:

в отношении взрослых в возрасте 18 лет и старше за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации;

в отношении детей в возрасте от 0 до 18 лет за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете, уполномоченному федеральному органу исполнительной власти для нужд Фонда поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, «Круг добра» (далее – Фонд «Круг добра»), в соответствии с порядком приобретения лекарственных препаратов и медицинских изделий для конкретного ребенка с тяжелым жизнеугрожающим или хроническим заболеванием, в том числе редким (орфанным) заболеванием, либо для групп таких детей, установленным 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 B и C;

- 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;

- медицинской деятельности, связанной с донорством органов и тканей человека в целях трансплантации (пересадки), в том числе обследование донора, давшего письменное информированное добровольное согласие на изъятие своих органов и (или) тканей для трансплантации.

Порядок проведения медицинского обследования донора, давшего письменное информированное добровольное согласие на изъятие своих органов и (или) тканей для трансплантации, устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации и предоставляется 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 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»;

- мероприятий, предусмотренных национальным календарем профилактических прививок в рамках 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 декабря 2017 года № 1640;

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

- дополнительных мероприятий, установленных законодательством Российской Федерации, в отношении детей в возрасте от 0 до 18 лет, страдающих тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, и осуществляемых в том числе за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации для нужд Фонда «Круг добра» включая в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 5 января 2021 г. № 16 «О создании Фонда поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, «Круг добра»».

5.3.2. За счет бюджетных ассигнований бюджета Республики Крым 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 Территориальной программой ОМС;

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

- первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной 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 и обследования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных

организациях, в образовательных организациях высшего образования в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также консультаций врачами-психиатрами, наркологами при проведении профилактического медицинского осмотра, консультаций пациентов врачами-психиатрами и врачами-фтизиатрами при заболеваниях, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, включая медицинскую помощь, оказываемую выездными психиатрическими бригадами;

- специализированной медицинской помощи в части медицинской помощи 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, связанные в том числе с употреблением психоактивных веществ);

- паллиативной медицинской помощи, в том числе детям, 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, отнесенных к ведению Министерства здравоохранения Республики Крым, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, являющегося приложением к Программе государственных гарантий;

- проведения медицинским психологом консультирования пациентов по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и/или состоянием, в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях в специализированных медицинских организациях при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь в хосписах и домах сестринского ухода;

- медицинской деятельности, связанной с донорством органов и тканей человека в целях трансплантации (пересадки), в том числе обследование донора, давшего письменное информированное добровольное согласие на изъятие своих органов и (или) тканей для трансплантации, в медицинских организациях, отнесенных к ведению Министерства здравоохранения Республики Крым;

- 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;

- расходов медицинских организаций, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования.

5.4. 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.

Субъектом Российской Федерации, на территории которого гражданин зарегистрирован по месту жительства, в порядке, установленном законом такого субъекта Российской Федерации, осуществляется возмещение субъекту Российской Федерации, на территории которого гражданину фактически оказана медицинская помощь, затрат, связанных с оказанием медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, и паллиативной медицинской помощи, на основании межрегионального соглашения, заключаемого субъектами Российской Федерации, включающего двустороннее урегулирование вопроса возмещения затрат.

За счет бюджетных ассигнований бюджета Республики Крым вправе осуществлять финансовое обеспечение дополнительных объемов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, отнесенными к ведению Министерства здравоохранения Республики Крым, в соответствии с разделом I перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи Программы государственных гарантий.

5.5. За счет бюджетных ассигнований бюджета Республики Крым 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 граждан или к их 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;

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

- 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;

- зубное протезирование отдельным категориям граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе лицам, находящимся в стационарных организациях социального обслуживания согласно приложению 10 к настоящей Территориальной программе госгарантий;

- предоставление в рамках оказания паллиативной медицинской помощи, в том числе детям, 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, и продуктами лечебного (энтерального) питания;

- обеспечение медицинской деятельности, связанной с донорством органов и тканей человека в целях трансплантации (пересадки), в медицинских организациях, отнесенных к ведению Министерства здравоохранения Республики Крым.

За счет бюджетных ассигнований бюджета Республики Крым также может осуществляться финансовое обеспечение:

- медицинского сопровождения при проведении массовых мероприятий, проводимых в соответствии с отдельным планом деятельности Совета министров Республики Крым. При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий;

5.6. В рамках Территориальной программы госгарантий за счет средств бюджета Республики Крым и средств обязательного медицинского страхования (по видам и условиям оказания медицинской помощи, включенным в Территориальную программу ОМС) осуществляется финансовое обеспечение проведения осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, медицинского обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, граждан, выразивших желание стать опекуном или попечителем совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного гражданина, 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, в военные профессиональные образовательные организации или военные образовательные организации высшего образования, при 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.

5.7. Кроме того, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджета Республики Крым в установленном порядке оказывается медицинская помощь и предоставляются иные государственные услуги (выполняются работы) в федеральных медицинских организациях, медицинских организациях, отнесенных к ведению Министерства здравоохранения Республики Крым, за исключением видов медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования, 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), и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, 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, патолого-анатомических бюро и патолого-анатомических отделениях медицинских организаций (за исключением диагностических исследований, проводимых по заболеваниям, указанным в разделе 3 настоящей Территориальной программы госгарантий, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках Территориальной программы ОМС), медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, на станциях переливания крови (в центрах крови) и отделениях переливания крови (отделениях трансфузиологии) медицинских организаций, в домах ребенка, включая специализированные, в молочных кухнях и прочих медицинских организациях, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утвержденную 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 Территориальную программу ОМС (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) и расходов медицинских организаций, в том числе на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) и в случае применения телемедицинских (дистанционных) технологий при оказании медицинской помощи.

Проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджета Республики Крым с учетом подведомственности медицинских организациях федеральным органам исполнительной власти и Министерству здравоохранения Республики Крым соответственно:

- в случае смерти пациента при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, результат госпитализации пациента в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь при заболеваниях, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных в том числе с употреблением психоактивных веществ, а также умерших в хосписах и больницах сестринского ухода;

- в случае смерти гражданина в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, а также вне медицинской организации, когда обязательность проведения патолого-анатомических вскрытий в целях установления причины смерти установлена законодательством Российской Федерации.

За счет бюджетных ассигнований бюджета Республики Крым также может осуществляться финансовое обеспечение транспортировки пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи, которая оказывается методом заместительной почечной терапии, и обратно.

5.8. Финансовое обеспечение компенсационных выплат отдельным категориям лиц, подвергающихся риску заражения новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), порядок предоставления которых установлен постановлением Правительства Российской Федерации от 15 июля 2022 года № 1268 «О порядке предоставления компенсационной выплаты отдельным категориям лиц, подвергающихся риску заражения новой коронавирусной инфекцией», осуществляется за счет средств фонда оплаты труда медицинской организации, сформированного из всех источников, разрешенных законодательством Российской Федерации, в том числе средств обязательного медицинского страхования.

6. Средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования

6.1. Средние нормативы объема и средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи приведены в приложении 18 к настоящей Территориальной программе госгарантий.

Средние нормативы объема медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания в целом по Территориальной программе госгарантий определяются в единицах объема в расчете на одного жителя в год, по Территориальной программе ОМС - в расчете на одно застрахованное лицо. Средние нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Территориальной программой госгарантий.

В средние нормативы объема медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований Республики Крым, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, включаются объемы медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, входящих в Территориальную программу ОМС.

Нормативы объема скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, не включенной в Территориальную программу ОМС, включая медицинскую эвакуацию, устанавливаются на 1 вызов.

На основе перераспределения объемов медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания устанавливаются дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на одного жителя и нормативы объема медицинской помощи на одно 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, учитывая приоритетность финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Виды и условия оказания медицинской помощи	Единицы измерения	2024 год	2025 год	2026 год
1. Скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь	Число вызовов, не включенных в Территориальную программу ОМС на 1 жителя, в том числе:	0,0832215	0,0803852	0,080362

	I уровень	0	0	0
	II уровень	0,0832215	0,0803852	0,080362
	III уровень	0	0	0
	Число вызовов в рамках Территориальной программы ОМС на 1 застрахованное лицо, в том числе:	0,29	0,29	0,29
	I уровень	0	0	0
	II уровень	0,29	0,29	0,29
	III уровень	0	0	0
2. Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, за исключением медицинской реабилитации	Число посещений, не включенных в Территориальную программу ОМС на 1 жителя, в том числе:	0,73	0,73	0,73
	I уровень	0,05701	0,05701	0,05701
	II уровень	0,6286	0,6286	0,6286
	III уровень	0,04438	0,04438	0,04438
	Число обращений в связи с заболеваниями, не включенными в Территориальную программу ОМС на 1 жителя, в том числе:	0,144	0,144	0,144
	I уровень	0,011232	0,011232	0,011232
	II уровень	0,123984	0,123984	0,123984
	III уровень	- 0,008784	0,008784	0,008784
	Число комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования на 1 застрахованное лицо, в том числе:	0,311412	0,311412	0,311412
	I уровень	0,167348	0,167348	0,167348
	II уровень	0,122645	0,122645	0,122645
	III уровень	0,021419	0,021419	0,021419
	Число комплексных посещений для проведения диспансеризации в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования на 1 застрахованное лицо, в	0,388591	0,388591	0,388591

том числе:			
I уровень	0,208842	0,208842	0,208842
II уровень	0,148905	0,148905	0,148905
III уровень	0,030844	0,030844	0,030844
Число посещений с иными целями в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования на I застрахованное лицо, в том числе:	2,178904	2,178904	2,178904
I уровень	1,109875	1,109875	1,109875
II уровень	0,807958	0,807958	0,807958
III уровень	0,261071	0,261071	0,261071
Число посещений в неотложной форме в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования на I застрахованное лицо, в том числе:	0,540	0,540	0,540
I уровень	0,268	0,268	0,268
II уровень	0,195	0,195	0,195
III уровень	0,077	0,077	0,077
Число обращений в связи с заболеваниями в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования на I застрахованное лицо, в том числе:	1,713713	1,713713	1,713713
I уровень	0,884704	0,884704	0,884704
II уровень	0,6995	0,6995	0,6995
III уровень	0,129509	0,129509	0,129509
Число комплексных посещений для проведения диспансерного наблюдения в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования на I застрахованное лицо, в том числе:	0,261736	0,261736	0,261736
I уровень	0,140666	0,140666	0,140666
II уровень	0,100295	0,100295	0,100295
III уровень	0,020775	0,020775	0,020775

	Число случаев лечения, в условиях дневных стационаров не включенных в Территориальную программу ОМС на 1 жителя, в том числе:	0,00098	0,00098	0,00098
	I уровень	0	0	0
	II уровень	0,00098	0,00098	0,00098
	III уровень	0	0	0
	Число случаев лечения, в условиях дневных стационаров в рамках Территориальной программы ОМС на 1 застрахованное лицо (за исключением федеральных медицинских организаций), в том числе:		0,034816	0,034816
	I уровень		0,017408	0,017408
	II уровень		0,014275	0,014275
	III уровень		0,003133	0,003133
3. В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь)	Число случаев лечения, не включенных в Территориальную программу ОМС на 1 жителя, в том числе:	0,004	0,004	0,004
	I уровень	0	0	0
	II уровень	0,004	0,004	0,004
	III уровень	0	0	0
	Число случаев лечения в рамках Территориальной программы ОМС на 1 застрахованное лицо (за исключением федеральных медицинских организаций), в том числе:	0,070478		
	I уровень	0,035239		
	II уровень	0,028896		
	III уровень	0,006343		
	в том числе случаев лечения по профилю «онкология», в том числе:	0,010964		
	I уровень	0		
	II уровень	0,004791		

	III уровень	0,006173		
	в том числе случаев экстракорпорального оплодотворения, в том числе:	0,000560		
	I уровень	0,000317		
	II уровень	0		
	III уровень	0,000243		
	в том числе случаев лечения вирусного гепатита С, в том числе:	0,000277		
	I уровень	0,000084		
	II уровень	0,000193		
	III уровень	0		
4. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара, за исключением медицинской реабилитации	Число случаев лечения, в условиях дневных стационаров не включенных в Территориальную программу ОМС на 1 жителя, в том числе:	0,00276	0,00276	0,00276
	I уровень	0	0	0
	II уровень	0,00276	0,00276	0,00276
	III уровень	0	0	0
	Число случаев лечения, в условиях дневных стационаров в рамках Территориальной программы ОМС на 1 застрахованное лицо (за исключением федеральных медицинских организаций), в том числе:		0,035662	0,035662
	I уровень		0,017831	0,017831
	II уровень		0,014621	0,014621
	III уровень		0,00321	0,00321
	в том числе случаев лечения по профилю «онкология», в том числе:		0,010964	0,010964
	I уровень		0	0
	II уровень		0,004791	0,004791
	III уровень		0,006173	0,006173
	в том числе случаев экстракорпорального оплодотворения, в том числе:		0,000560	0,000560
	I уровень		0,000317	0,000317
	II уровень		0	0

	III уровень		0,000243	0,000243
	в том числе случаев лечения вирусного гепатита С, в том числе:		0,000277	0,000277
	I уровень		0,000084	0,000084
	II уровень		0,000193	0,000193
	III уровень		0	0
	Число случаев госпитализации, не включенных в Территориальную программу ОМС на 1 жителя, в том числе:	0,0138	0,0138	0,0138
	I уровень	0	0	0
	II уровень	0,0123	0,0123	0,0123
	III уровень	0,0015	0,0015	0,0015
	Число случаев госпитализации в рамках Территориальной программы ОМС на 1 застрахованное лицо (за исключением федеральных медицинских организаций), в том числе:	0,170758	0,162220	0,153683
	I уровень	0,061629	0,058548	0,055467
	II уровень	0,046034	0,043732	0,041431
	III уровень	0,063094	0,059940	0,056785
	в том числе случаев госпитализации по профилю «онкология», в том числе:	0,008926	0,008926	0,008926
	I уровень	0	0	0
	II уровень	0,000120	0,000120	0,000120
	III уровень	0,008805	0,008805	0,008805
5. Медицинская реабилитация	Число комплексных посещений для проведения медицинской реабилитации в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования на 1 застрахованное лицо, в том числе:	0,003116	0,003116	0,003116
	I уровень	0	0	0
	II уровень	0,001559	0,001559	0,001559
	III уровень	0,001557	0,001557	0,001557
	Число случаев лечения в	0,002601	0,002601	0,002601

	условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь) в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования на 1 застрахованное лицо (за исключением федеральных медицинских организаций), в том числе:			
	I уровень	0,000090	0,000090	0,000090
	II уровень	0,002511	0,002511	0,002511
	III уровень	0	0	0
	Число случаев госпитализации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования на 1 застрахованное лицо (за исключением федеральных медицинских организаций), в том числе:	0,005426	0,005426	0,005426
	I уровень	0,000283	0,000283	0,000283
	II уровень	0,004117	0,004117	0,004117
	III уровень	0,001026	0,001026	0,001026
6. Паллиативная медицинская помощь	Число посещений по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами, в том числе:	0,022	0,022	0,022
	I уровень	0,001716	0,001716	0,001716
	II уровень	0,018942	0,018942	0,018942
	III уровень	0,001342	0,001342	0,001342
	Число посещений по паллиативной медицинской помощи на	0,008	0,008	0,008

дому выездными патронажными бригадами, в том числе:			
I уровень	0	0	0
II уровень	0,0079	0,0079	0,0079
III уровень	0,0001	0,0001	0,0001
Число койко-дней по паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода)	0,092	0,092	0,092
I уровень	0	0	0
II уровень	0,0867	0,0867	0,0867
III уровень	0,0053	0,0053	0,0053
Число случаев лечения, в условиях дневных стационаров	0,00026	0,00026	0,00026
I уровень	0	0	0
II уровень	0,00026	0,00026	0,00026
III уровень	0	0	0

В части медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет средств соответствующих бюджетов, с учетом более низкого (по сравнению со среднероссийским) уровня заболеваемости и смертности населения от социально значимых заболеваний на основе реальной потребности населения установленные в Территориальной программе госгарантий дифференцированные нормативы объема медицинской помощи могут быть обоснованно ниже средних нормативов, предусмотренных приложением 18 к настоящей Территориальной программе госгарантий.

В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в том числе в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности, в составе дифференцированных нормативов объема медицинской помощи Территориальной программы госгарантий устанавливаются объемы медицинской помощи с учетом использования санитарной авиации, телемедицинских технологий и передвижных форм оказания медицинской помощи.

При планировании и финансовом обеспечении объема медицинской помощи, включая профилактические мероприятия, диагностику, диспансерное наблюдение и медицинскую реабилитацию, может учитываться применение телемедицинских (дистанционных) технологий в формате врач - врач в медицинской организации, к которой гражданин прикреплен по территориально-участковому принципу, с оформлением соответствующей медицинской документации.

С учетом реальной потребности граждан в медицинской помощи по поводу заболеваний, обусловленных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), могут корректироваться нормативы объема для проведения отдельных лабораторных исследований в целях тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и нормативы финансовых затрат на 1 тестирование.

При формировании Территориальной программы ОМС учитывается объем специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, оказываемой федеральными медицинскими организациями, в соответствии с нормативами, предусмотренными приложением 6 к Программе государственных гарантий.

Указанный объем корректируется с учетом реальной потребности граждан в медицинской помощи, следовательно, территориальные нормативы объема специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, могут быть обоснованно выше или ниже средних нормативов, предусмотренных приложением 6 к Программе государственных гарантий.

Планирование объема и финансового обеспечения медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) осуществляется в рамках, установленных в Территориальной программе госгарантий нормативов медицинской помощи по соответствующим ее видам по профилю медицинской помощи «Инфекционные болезни» в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, а также региональных особенностей, уровня и структуры заболеваемости. При этом объем финансового обеспечения медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) не включает проведение гражданам, в отношении которых отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), исследований на наличие антител к возбудителю новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (любым из методов) в целях подтверждения факта ранее перенесенного заболевания новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Установленные в Территориальной программе госгарантий нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Территориальной программой госгарантий.

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, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) устанавливаются с

учетом применения различных видов и методов исследований систем, органов и тканей человека, в зависимости от структуры заболеваемости населения.

Нормативы объема патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала включают отдельные исследования, которые могут быть проведены в иных медицинских организациях и оплачены в соответствии с законодательством Российской Федерации (включая межучрежденческие расчеты).

В Территориальной программе госгарантий устанавливаются с учетом уровня заболеваемости и распространенности норматив объема и норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи при ее оказании больным с ВИЧ-инфекцией (за счет средств бюджета Республики Крым).

Подушевые нормативы финансирования устанавливаются исходя из средних нормативов, предусмотренных настоящим разделом.

Подушевые нормативы финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование Территориальной программы ОМС за счет субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования устанавливаются с учетом соответствующих коэффициентов дифференциации, рассчитанных в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 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 за счет средств бюджета Республики Крым устанавливаются с учетом региональных особенностей и обеспечивают выполнение расходных обязательств Республики Крым, в том числе в части заработной платы медицинских работников.

6.2. Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Территориальной программой госгарантий (без учета расходов федерального бюджета), составляют:

за счет средств бюджета Республики Крым (в расчете на одного жителя) в 2024 году – 4 380,8 рубля, в 2025 году – 4 707,6 рубля и 2026 году – 5 058,2 рубля;

за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование Территориальной программы ОМС (в расчете на одно застрахованное лицо) на оказание медицинской помощи медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций) в 2024 году – 17 932,5 рубля, в том числе для оказания медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» – 388,5 рубля,

в 2025 году – 19 175,3 рубля, в том числе для оказания медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» – 411,0 рубля,

в 2026 году – 20 456,9 рубля, в том числе для оказания медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» – 433,7 рубля.

6.3. Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации за счет средств обязательного медицинского страхования установлены с учетом в том числе расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) (при проведении маммографии), в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (в случае оказания соответствующей медицинской помощи в Республике Крым).

6.4. При установлении в Территориальной программе госгарантий дифференцированных нормативов объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет средств бюджета Республики Крым, осуществляется перераспределение бюджетных ассигнований по видам и условиям оказания медицинской помощи в пределах размера подушевого норматива финансирования Территориальной программы госгарантий за счет бюджетных ассигнований Республики Крым.

Средние подушевые нормативы финансирования базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования сформированы без учета средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, направляемых на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи приложения 1 программе государственных гарантий.

Норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования может превышать установленный базовой программой обязательного медицинского страхования норматив финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в случае установления органом государственной власти субъекта Российской Федерации дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также в случае установления перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования. Финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в указанных случаях осуществляется за счет платежей субъектов Российской Федерации, уплачиваемых в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования, в размере разницы между нормативом финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования и нормативом финансового обеспечения базовой

программы обязательного медицинского страхования с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

Стоимость утвержденной Территориальной программы ОМС не может превышать размера бюджетных ассигнований на реализацию Территориальной программы ОМС, установленного законом Республики Крым о бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым.

В рамках подушевого норматива финансового обеспечения Территориальной программы ОМС могут устанавливаться дифференцированные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо по видам, формам, условиям и этапам оказания медицинской помощи с учетом особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, уровня и структуры заболеваемости населения, а также климатических и географических особенностей Республики Крым.

В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности, районных центрах и малых городах с численностью населения до 50 тыс. человек, в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Российской Федерации, 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 здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, а также маршрутизации пациентов при оказании медицинской помощи.

Для расчета стоимости медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях и их обособленных подразделениях (включая врачебные амбулатории), расположенных в сельской местности, на отдаленных территориях, в 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.

6.5. Базовый подушевой норматив финансирования центральных районных, районных и участковых больниц, обслуживающих взрослое население, а также медицинских организаций, обслуживающих взрослое городское население, должен быть единым. Применение понижающих коэффициентов к нему недопустимо.

Базовый подушевой норматив финансирования для федеральных медицинских организаций и негосударственных медицинских организаций, являющихся единственными медицинскими организациями в конкретном населенном пункте не может быть ниже базового подушевого норматива финансирования для медицинских организаций соответствующего субъекта Российской Федерации, расположенных в крупных городах. Финансовое обеспечение указанных медицинских организаций рассчитывается исходя из численности прикрепленного к ним взрослого населения и среднего размера подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц с учетом установленных в тарифном соглашении коэффициентов половозрастного состава и коэффициентов дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек.

При невозможности проведения в конкретной медицинской организации, к которой прикреплен застрахованный гражданин, исследований или консультаций специалистов, учтенных в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц, такие медицинские услуги оказываются в иных медицинских организациях по направлению врача и оплачиваются в порядке, установленном в соответствии с пунктом 6 части 1 статьи 7 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

6.6. Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов и 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 2024 год:

для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего до 100 жителей, - 922,9 тыс. рублей;

для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей, - 1 230,5 тыс. рублей;

для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 901 до 1500 жителей, - 2 460,9 тыс. рублей;

для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей, - 2 907,1 тыс. рублей;

для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего свыше 2000 жителей, - 3 197,8 тыс. рублей.

В случае оказания медицинской помощи указанными пунктами женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров, полномочия по работе с такими женщинами осуществляются

фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). В этом случае размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско- акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов или фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих до 100 жителей и более 2000 жителей, устанавливается с учетом понижающего или повышающего коэффициента в зависимости от численности населения, обслуживаемого фельдшерским здравпунктом или фельдшерско-акушерским пунктом, к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей и обслуживающего от 1501 до 2000 жителей.

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

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

7. Порядок и условия предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации настоящей Территориальной программы госгарантий

7.1. Медицинская помощь, за исключением случаев получения экстренной медицинской помощи, в рамках Территориальной программы госгарантий оказывается гражданам Российской Федерации, иностранным гражданам, лицам без гражданства при предъявлении по своему выбору полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе или документа, удостоверяющего личность (для детей в возрасте до четырнадцати лет – свидетельство о рождении).

Лицам, не имеющим вышеуказанных документов или имеющим документы, оформленные ненадлежащим образом, оказывается только экстренная и неотложная помощь.

Выбор гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках настоящей Территориальной программы осуществляется в соответствии со статьёй 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 года № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» и приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 декабря 2012 года № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Контроль за соблюдением прав застрахованных лиц, в том числе с онкологическими заболеваниями, на оказание медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе своевременность проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий, обеспечивается страховыми медицинскими организациями в соответствии с пунктами 250, 251 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н (далее - Правила ОМС).

Требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 785н (далее - Требования), распространяют свое действие на организации государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения (пункт 3 Требований).

В соответствии с пунктом 2 Требований организация и проведение внутреннего контроля с учетом вида медицинской организации, видов, условий и форм оказания медицинской помощи и перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, направлены в том числе на обеспечение и оценку соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин возникновения несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям, установленным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 года № 203н.

В соответствии с частью 1 статьи 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами ОМС Территориальный фонд обязательного медицинского

страхования Республики Крым и страховые медицинские организации Республики Крым осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены настоящей Территориальной программой ОМС и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Стоимость медицинской помощи, оказанной в рамках Территориальной программы ОМС, не может превышать размер тарифов, предусмотренных Тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования Республики Крым на 2024 год, заключенным в соответствии со статьей 30 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи проводится в соответствии с разделом XV Правил ОМС.

В Республике Крым функционирует федеральная государственная информационная система «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» и информационный ресурс «Личный кабинет пациента» (<https://kabinet.tfomsrk.ru>), направленные на информирование пациентов о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости.

В медицинской организации в доступном для граждан месте, а также на официальном сайте медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» размещается наглядная информация:

- копия лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- график работы медицинской организации и часы приёма медицинскими работниками;
- график приёма граждан руководителем медицинской организации;
- перечень видов медицинской помощи, оказываемых бесплатно;
- перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, обеспечение граждан которыми в рамках настоящей Территориальной программы госгарантий осуществляется бесплатно;
- перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой;
- показатели доступности и качества медицинской помощи;
- информация о правах и обязанностях граждан в сфере охраны здоровья;
- место нахождения, служебные телефоны вышестоящих органов управления здравоохранением.

7.2. Порядок и условия предоставления первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

В медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, предоставление медицинской помощи осуществляется по территориально-участковому принципу в соответствии с приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» и от 16 апреля 2012 года № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи». Распределение населения по участкам осуществляется с учетом установленной нормативной численности прикрепленного населения в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан.

Для выбора медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную медицинскую помощь, гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им медицинскую организацию с письменным заявлением о выборе медицинской организации.

Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу, не вправе отказать гражданину в прикреплении.

При отсутствии заявления гражданина о выборе врача и медицинской организации оказание первичной медико-санитарной помощи осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, в соответствии с действующими нормативными документами.

При изменении места жительства гражданин имеет право по своему выбору прикрепиться к другому врачу-терапевту, врачу-терапевту участковому, врачу-педиатру, врачу-педиатру участковому, врачу общей практики (семейному врачу) или фельдшеру в медицинской организации по новому месту жительства либо сохранить прикрепление к прежнему врачу-терапевту, врачу-терапевту участковому, врачу-педиатру, врачу-педиатру участковому, врачу общей практики (семейному врачу) или фельдшеру.

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), соблюдаются в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 года № 407н «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача».

В случае требования гражданина о замене лечащего врача он обращается к руководителю медицинской организации (ее подразделения) с заявлением в письменной форме, в котором указывается причина замены лечащего врача.

Первичная медико-санитарная помощь в экстренной и неотложной формах, в том числе на дому при вызове медицинского работника, гражданам, которые выбрали медицинскую организацию для получения первичной

медико-санитарной помощи не по территориально-участковому принципу, оказывается в соответствии с порядком, установленным Министерством здравоохранения Республики Крым.

При выборе медицинской организации и врача для получения первичной медико-санитарной помощи граждан (его законный представитель) дает информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства в порядке и по форме, установленным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 года № 1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства». Перечень медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года № 390н.

Первичная учетная медицинская документация хранится в регистратуре медицинской организации. При необходимости ее использования внутри медицинской организации работники медицинской организации обеспечивают доставку документации по месту назначения и несут ответственность за ее хранение.

Медицинская организация обеспечивает доступность медицинской помощи гражданам в рабочие дни недели и в субботу, а также преимущество в оказании медицинской помощи, в том числе в выходные и праздничные дни, в период отсутствия специалистов при необходимости оказания экстренной и неотложной помощи.

Прием плановых пациентов может осуществляться как по предварительной записи (в том числе в электронной форме), так и в день обращения.

Объем диагностических и лечебных мероприятий, необходимость в консультациях врачей-специалистов для конкретного пациента определяются лечащим врачом в соответствии с медицинскими показаниями и формируются на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, утвержденных в соответствии со статьёй 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Лабораторно-диагностические методы исследования и консультативные услуги предоставляются гражданам по направлению лечащего врача (врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-специалиста).

Медицинская организация, выдавшая направление на плановую госпитализацию, обеспечивает обследование пациента в необходимом объеме к установленному сроку.

При невозможности оказания медицинской помощи того или иного профиля, а также в случае невозможности проведения лабораторных, диагностических и инструментальных исследований в медицинской организации по месту получения первичной медико-санитарной помощи, при наличии медицинских показаний, администрация медицинской организации обязана организовать оказание медицинской помощи пациенту бесплатно в медицинских организациях, оказывающих данные услуги, с соблюдением критериев доступности (порядка, сроков, объемов и качества), предусмотренных Территориальной программой ОМС.

Надлежащей организацией оказания медицинской помощи пациенту является выдача ему направления по форме №057/у-04 в медицинскую организацию, имеющую возможность оказания необходимой медицинской помощи, с обязательным уведомлением пациента об алгоритме действий в случае, если при его обращении в медицинскую организацию, в которую выдано направление, будет установлена невозможность получения необходимой медицинской помощи в порядке и сроки, установленные Территориальной программой ОМС.

Выдача направления и разъяснение пациенту алгоритма действий, необходимых для получения медицинской помощи по направлению, а также отказ пациента от проведения исследования в назначенную дату фиксируется в соответствующем журнале, с собственноручной подписью пациента.

Ненадлежащая организация оказания медицинской помощи пациенту является необоснованным отказом застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 года № 231н.

В медицинских организациях ведутся журналы ожидания плановых консультаций, в которых должны отражаться даты назначения консультаций (с подписью пациента об ознакомлении), дата фактического проведения, а также отказа (с подписью пациента).

В медицинских организациях ведутся журналы ожидания плановых диагностических исследований по каждой службе отдельно, в которых должны отражаться дата выдачи направления, дата записи на исследование, плановая дата проведения исследования, а также отказ пациента от проведения исследования в назначенную дату.

В случае ведения журналов в электронном виде, согласие либо отказ пациента с датой назначения плановых исследований и консультаций должен подтверждаться подписью пациента в первичной медицинской документации (запись в амбулаторной карте и/или подпись на копии направления).

Консультативный прием врачей-специалистов в государственных консультативных поликлиниках, диспансерах и центрах осуществляется по направлению лечащего врача (врача-терапевта участкового, врача-педиатра

участкового, врача общей практики (семейного врача), врачей-специалистов) медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по территориально-участковому принципу.

Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, средствами информационного ресурса представляет в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым в срок не позднее 31 января текущего года:

1) сведения о лицах, из числа выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи, включенных в списки для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения в текущем календарном году в соответствии с планом проведения диспансеризации;

2) планы-графики проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, и диспансеризации на текущий календарный год с поквартальной/помесячной разбивкой в разрезе терапевтических участков (участков врача общей практики, фельдшерских участков) не позднее двух рабочих дней с даты утверждения (изменения) указанного плана;

3) сведения о застрахованных лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в медицинской организации на текущий календарный год;

4) график работы медицинской организации, в том числе отделений (кабинетов) для прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе в вечерние часы и в субботу, а также выездных мобильных бригад с указанием адресов их работы.

Оформление направления на госпитализацию в плановом порядке осуществляется уполномоченным должностным лицом медицинской организации.

При выдаче направления гражданин должен быть проинформирован о медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы госгарантий, в которых возможно оказание медицинской помощи с учетом установленных сроков ожидания медицинской помощи.

Направление, содержащее уникальный в пределах Республики Крым номер, оформляется и выдается на руки пациенту.

Направление должно содержать наименование медицинской организации, в которую направляется гражданин, из числа участвующих в реализации Территориальной программы госгарантий, дату госпитализации.

Направление на госпитализацию в плановой форме выдается медицинской организацией, участвующей в реализации Территориальной программы ОМС.

Сведения о выписанных направлениях на оказание специализированной помощи передаются медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, в электронном виде в программный комплекс Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым ежедневно не позднее 9:00 по местному

времени по состоянию на 20:00 предшествующего дня.

7.3. Условия оказания медицинской помощи на дому медицинскими работниками медицинских организаций.

Медицинская помощь на дому, в том числе и по вызову, переданному врачами скорой медицинской помощи, оказывается при:

- ухудшениях состояния здоровья, не позволяющих пациенту посетить поликлинику, в том числе при тяжелых хронических заболеваниях;
- наличии показаний для соблюдения постельного режима, рекомендованного лечащим врачом при установленном диагнозе;
- патронаже детей до двух лет, беременных после 20 недель и родильниц (активные посещения медицинским работником (врачом, фельдшером, медицинской сестрой));
- в иных случаях, установленных действующим законодательством.

Проведение консультаций пациентов на дому врачами-специалистами осуществляется после осмотра врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым или врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером при наличии медицинских показаний.

Посещения медицинским работником для констатации факта смерти на дому осуществляются в часы работы медицинской организации.

Констатация факта смерти вне графика работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется бригадой скорой медицинской помощи.

7.4. Порядок и условия предоставления медицинской помощи в условиях дневных стационаров.

Первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь в условиях дневного стационара оказывается пациентам с острыми и хроническими заболеваниями.

Показанием для направления пациента в дневной стационар является необходимость проведения активных лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе после выписки из стационара при условии, что медицинская помощь не может быть оказана в амбулаторных условиях.

Плановая госпитализация осуществляется по направлению лечащего врача медицинской организации, в которой пациент получает первичную медико-санитарную помощь (установлен диагноз, взят на диспансерное наблюдение, проводятся диспансерные приемы), при наличии медицинских показаний на основании выписки из медицинской документации с подтверждением установленного диагноза и наличием необходимых обследований, предусмотренных порядками и стандартами оказания медицинской помощи и подтверждающих установленный диагноз и наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи.

Госпитализация пациента в дневной стационар (с хроническим вирусным гепатитом С и COVID-19) осуществляется с учетом критериев,

установленных действующим законодательством по соответствующим видам заболеваний.

В дневном стационаре в условиях медицинской организации больному предоставляются:

- ежедневное наблюдение лечащего врача с дневниковыми записями;
- диагностика и(или) лечение заболевания, в том числе медикаментозная терапия, с использованием парентеральных путей введения (внутривенные, внутримышечные, подкожные инъекции и иное);
- лечебные манипуляции и медицинские процедуры по показаниям.

Длительность ежедневного проведения лечебно-диагностических мероприятий в дневном стационаре составляет от 3 до 6 часов, режим работы дневного стационара определяется руководителем медицинской организации с учетом мощности медицинской организации (ее структурного подразделения) и объемов проводимых медицинских мероприятий (в 1, 2 или 3 смены).

В медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, ведется лист ожидания оказания медицинской помощи в плановой форме.

Допускается очередность на госпитализацию в дневные стационары в пределах до 30 дней в зависимости от состояния больного и характера течения заболевания.

Срок ожидания процедуры экстракорпорального оплодотворения не должен превышать 6 месяцев с момента оформления направления.

Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в условиях дневного стационара, ежедневно не позднее 09:00 по местному времени осуществляет обновление сведений в информационном ресурсе Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым за истекшие сутки невыполнении объемов медицинской помощи, о количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей, о застрахованных лицах, госпитализированных за день, и о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация.

7.5. Порядок и условия предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

Специализированная медицинская помощь в условиях стационара оказывается пациентам, состояние которых требует круглосуточного медицинского наблюдения, соблюдения постельного режима, изоляции по эпидемиологическим показаниям и проведения интенсивных методов лечения и реабилитации.

Госпитализация осуществляется по направлению медицинской организации в соответствии с медицинскими показаниями, бригадой скорой медицинской помощи по экстренным и неотложным показаниям, а также при самостоятельном обращении пациента для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи при наличии показаний к госпитализации.

Плановая госпитализация осуществляется по направлению лечащего врача медицинской организации, в которой пациент получает первичную медико-санитарную помощь (установлен диагноз, взят на диспансерное наблюдение, проводятся диспансерные приемы), при наличии медицинских показаний на основании выписки из медицинской документации с подтверждением установленного диагноза и наличием необходимых обследований, предусмотренных порядками и стандартами оказания медицинской помощи и подтверждающих установленный диагноз и наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи.

Госпитализация пациента в стационар (с хроническим вирусным гепатитом С и COVID-19) осуществляется с учетом критериев, установленных действующим законодательством по соответствующим видам заболеваний.

Проведение лечебно-диагностических манипуляций начинается в день госпитализации после осмотра больного лечащим или дежурным врачом.

При плановой госпитализации лечащий врач ведет дневниковые записи о динамике состояния пациента в ежедневном режиме.

В выходные и праздничные дни контроль за лечением и состоянием пациентов осуществляется дежурным врачом. Дневниковые записи во время дежурств врач делает в медицинской карте стационарного пациента только в отношении пациентов, оставленных под его наблюдение, список которых вносится лечащим врачом в журнал дежурного врача.

Назначение лечебных и диагностических мероприятий фиксируется в листе назначений пациента.

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях пациент обеспечивается необходимыми лекарственными препаратами и медицинскими изделиями.

В случае отсутствия в медицинской организации возможности проведения пациенту, находящемуся на стационарном лечении, необходимых диагностических исследований, медицинская организация обеспечивает транспортировку гражданина в сопровождении медицинского работника в другую медицинскую организацию. Наличие показаний к проведению диагностических исследований пациенту с указанием конкретной медицинской организации, выполняющей требуемый вид исследований, оформляется решением врачебной комиссии с соответствующей записью в медицинской карте стационарного больного.

Транспортировка пациента из медицинской организации осуществляется транспортом медицинской организации. Указанные транспортные услуги предоставляются в течение всего срока лечения в стационарных условиях в медицинской организации.

При оказании медицинской помощи детям в стационарных условиях при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя обеспечивается предоставление спальных мест и питания в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста

- при наличии медицинских показаний (без взимания платы с указанных лиц за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания) в соответствии со статьями 7 и 51 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Вышеуказанная норма действует и в отношении ребенка-инвалида, который в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или реабилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеет ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения), - независимо от возраста ребенка-инвалида.

Оплата осуществляется по коэффициенту сложности лечения пациента в соответствии с приложением 3 Программы государственных гарантий и с учетом методических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты.

В медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в плановой форме, ведется лист ожидания специализированной медицинской помощи, оказываемой в плановой форме.

Детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в случае выявления у них заболеваний, медицинская помощь всех видов, включая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, а также медицинскую реабилитацию, предоставляется в приоритетном порядке в объемах, установленных Территориальной программой госгарантий.

Оказание специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме не должно превышать установленные сроки (приложение 7 к настоящей Территориальной программе госгарантий).

Сроки оказания высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях определяются в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 октября 2019 года № 824н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

Медицинскими организациями осуществляется информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи с учетом требования законодательства Российской Федерации о персональных данных.

Медицинская организация, оказывающая специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, ежедневно не позднее 09:00 по местному времени осуществляет

обновление сведений в информационном ресурсе Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым за истекшие сутки о выполнении объемов медицинской помощи, о количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей, о застрахованных лицах, госпитализированных за день как в плановом, так и в экстренном порядке, и о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация.

Медицинская организация после получения сведений, содержащих рекомендации медицинских работников федеральных государственных бюджетных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, не позднее одного рабочего дня с даты получения данных сведений размещает посредством информационного ресурса Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым информацию о застрахованных лицах, в отношении которых получены указанные рекомендации.

7.6. Условия оказания медицинской помощи гражданам, нуждающимся в заместительной почечной терапии.

В амбулаторных условиях получение заместительной почечной терапии методом гемодиализа или перитонеального диализа осуществляется по направлению комиссии, создаваемой Министерством здравоохранения Республики Крым. В условиях стационара решение о необходимости проведения заместительной почечной терапии принимается врачебной комиссией медицинской организации.

Для пациентов, находящихся на заместительной почечной терапии, в период получения ими специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях обеспечивается транспортировка от места получения ими медицинской помощи в стационарных условиях до места получения заместительной почечной терапии и обратно.

7.7. Порядок и условия предоставления скорой медицинской помощи.

Оказание скорой медицинской помощи осуществляется в круглосуточном режиме заболевшим и пострадавшим, находящимся вне медицинских организаций, в амбулаторных условиях, в условиях стационара, при непосредственном обращении граждан за медицинской помощью на станцию (подстанцию, отделение) скорой медицинской помощи.

В часы работы амбулаторно-поликлинической службы вызовы, поступившие в оперативный отдел (диспетчерскую) для оказания медицинской помощи в неотложной форме, могут быть переданы к исполнению в регистратуру поликлиники (амбулатории) на службу неотложной помощи.

Перечень показаний для вызова скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной форме определен в Порядке оказания скорой, в том

числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 года № 388н.

В первоочередном порядке осуществляется выезд бригад скорой медицинской помощи на вызовы по экстренным показаниям, на вызовы по неотложным показаниям осуществляется выезд свободной общепрофильной бригады скорой медицинской помощи при отсутствии в данный момент вызовов в экстренной форме.

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

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация. 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.

Медицинская эвакуация может осуществляться с места происшествия или места нахождения пациента (вне медицинской организации), а также из медицинской организации, в которой 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.

Госпитализация осуществляется по сопроводительному листу врача (фельдшера) скорой помощи. Выбор медицинской организации для доставки пациента при осуществлении медицинской эвакуации производится исходя из тяжести состояния пациента, минимальной транспортной доступности до места расположения медицинской организации и профиля медицинской организации, куда будет доставляться пациент.

Сведения о больных, не нуждающихся в госпитализации, но состояние которых требует динамического наблюдения за течением заболевания, своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активного посещения), передаются в поликлинику по месту жительства (прикрепления) пациента.

7.8. Порядок оказания медицинской помощи гражданам и их маршрутизации при проведении медицинской реабилитации на всех этапах ее оказания.

Маршрутизация пациентов при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» осуществляется в соответствии с алгоритмом взаимодействия медицинских организаций Республики Крым при организации оказания специализированной медицинской помощи взрослому населению по профилю «медицинская реабилитация», разработанным и утвержденным Министерством здравоохранения Республики Крым в соответствии с нормами законодательства Российской Федерации и

Республики Крым.

Медицинская реабилитация осуществляется пациентам в остром (при условии стабилизации клинического состояния пациента), раннем и позднем восстановительном периоде заболеваний, при хирургических вмешательствах, пациентам с отдаленными последствиями хронических заболеваний с учетом реабилитационного потенциала, а также показаний и противопоказаний к проведению реабилитационного лечения, в соответствии с алгоритмом взаимодействия медицинских организаций Республики Крым, регулирующим вопросы организации оказания этапной специализированной медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» взрослому населению Республики Крым при заболеваниях и отдельных нозологических формах, которые наиболее часто приводят к временной и стойкой утрате трудоспособности, последующей инвалидизации и ограничению жизнедеятельности пациентов.

Медицинская реабилитация осуществляется в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара и амбулаторных условиях.

Проводится комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и/или компенсацию утраченных в процессе заболевания, травмы или оперативного вмешательства функций организма.

Медицинская реабилитация проводится в три этапа.

Первый этап рекомендуется осуществлять в структурных подразделениях медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях по профилям: «анестезиология и реаниматология», «неврология», «травматология и ортопедия», «сердечно-сосудистая хирургия», «кардиология», «терапия», «онкология», «нейрохирургия», «пульмонология».

Мероприятия по медицинской реабилитации на первом этапе должны быть начаты в острейший (до 72 часов) и острый периоды заболевания или травмы, в раннем послеоперационном периоде, при отсутствии противопоказаний к реабилитационному лечению, и осуществляются продолжительностью не менее 1 часа в день, но не более 3 часов в день.

Второй этап медицинской реабилитации осуществляется в стационарных условиях специализированных отделений медицинских организаций по медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции центральной нервной системы, медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы, медицинской реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями (кардиореабилитация, реабилитация пациентов после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, онкорезабилитация), созданных в медицинских организациях, в том числе в центрах медицинской реабилитации, санаторно-курортных организациях.

На второй этап медицинской реабилитации направляются пациенты, нуждающиеся в круглосуточном медицинском наблюдении и/или помощи при

самообслуживании, перемещении, общении, выполнении сложных видов активности и/или в проведении высокотехнологичных методов реабилитации.

Рекомендованные сроки направления на второй этап медицинской реабилитации:

- при соматических заболеваниях (кардиореабилитация, реабилитация онкологических пациентов, реабилитация после COVID-19) - 1 год;
- при реабилитации пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы - 2 года;
- при реабилитации пациентов с нарушением функции центральной нервной системы - 3 года.

Третий этап медицинской реабилитации осуществляется при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара (амбулаторное отделение медицинской реабилитации, отделение медицинской реабилитации дневного стационара), в том числе в центрах медицинской реабилитации, санаторно-курортных организациях. На третьем этапе медицинская реабилитация пациентам, проживающим в населенных пунктах, расположенных на значительном удалении от медицинской организации (с учетом шаговой доступности, превышающей 60 минут) и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий, может оказываться в стационарных условиях.

На третий этап медицинской реабилитации в плановом порядке направляются пациенты вне зависимости от давности заболевания при наличии реабилитационного потенциала и при отсутствии необходимости круглосуточного медицинского наблюдения и использования интенсивных методов лечения, при наличии способности к самостоятельному передвижению (или с дополнительными средствами опоры) и самообслуживанию.

Мероприятия по медицинской реабилитации на третьем этапе осуществляются не реже чем один раз каждые 48 часов продолжительностью не менее 3 часов и включают в себя 10-12 комплексных посещений.

При проведении медицинской реабилитации предусматривается повторное направление пациента на курс медицинской реабилитации по итогам предшествующего курса реабилитационного лечения и наличии нереализованного реабилитационного потенциала.

Пациенты, имеющие выраженное нарушение функций, полностью зависимые от посторонней помощи в осуществлении самообслуживания, перемещения и общения и не имеющие перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), направляются для оказания паллиативной медицинской помощи в соответствии с положением об организации оказания паллиативной медицинской помощи и нормативными правовыми актами Республики Крым.

При наличии показаний для получения медицинской реабилитации в условиях дневного стационара или амбулаторно, но при наличии факторов, ограничивающих возможности пациента получить такую медицинскую

реабилитацию, включая случаи проживания пациента в отдаленном от медицинской организации населенном пункте, ограничения в передвижении пациента, медицинская организация, к которой прикреплен пациент для получения первичной медико-санитарной помощи, организует ему прохождение медицинской реабилитации на дому (далее - медицинская реабилитация на дому).

При оказании медицинской реабилитации на дому на период лечения пациенту могут предоставляться медицинские изделия, предназначенные для восстановления функций органов и систем, в соответствии с клиническими рекомендациями по соответствующему заболеванию.

Порядок организации медицинской реабилитации на дому, включая перечень медицинских вмешательств, оказываемых при медицинской реабилитации на дому, порядок предоставления пациенту медицинских изделий, а также порядок оплаты указанной помощи устанавливаются Министерством здравоохранения Российской Федерации.

7.9. Возмещение расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, не участвующей в реализации Территориальной программы госгарантий, осуществляется Министерством здравоохранения Республики Крым по тарифам на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным тарифным соглашением между Министерством здравоохранения Республики Крым, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Крым, представителями страховых медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии со статьёй 76 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), включенными в состав комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

7.10. При формировании Территориальной программы госгарантий учитываются:

порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации;

особенности половозрастного состава населения Республики Крым;

уровень и структура заболеваемости населения Республики Крым, основанные на данных медицинской статистики;

климатические и географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций;

сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения, в том числе уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

положения региональной программы модернизации первичного звена здравоохранения, в том числе в части обеспечения создаваемой и

модернизируемой инфраструктуры медицинских организаций.

7.11. Территориальной программой госгарантий устанавливаются целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка их уровня и динамики.

Целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи на соответствующий год не могут отличаться от значений показателей и (или) результатов, установленных в региональных проектах национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография».

Оценка достижения критериев доступности и качества медицинской помощи осуществляется один раз в полгода с направлением соответствующих данных в Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Кроме того, проводится оценка эффективности деятельности медицинских организаций, в том числе расположенных в городской и сельской местности (на основе выполнения функции врачебной должности, показателей использования коечного фонда).

7.12. Настоящая Территориальная программа госгарантий, включая Территориальную программу ОМС, в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи включает:

1) Перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен (приложение 1 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

2) Порядок обеспечения граждан, в том числе детей, 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 и психотропными лекарственными препаратами при посещениях на дому (приложение 2 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

3) Порядок взаимодействия с референс-центрами Министерства здравоохранения Российской Федерации, созданных в целях предупреждения распространения биологических угроз (опасностей), а также порядок взаимодействия с референс-центрами иммуногистохимических, патоморфологических и лучевых методов исследований, функционирующими на базе медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации (приложение 3 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

4) Перечень исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации (приложение 4 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

5) Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний) с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно (приложение 5 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

6) Целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы госгарантий (приложение 6 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

7) 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 (приложение 7 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

8) 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), в медицинских организациях, находящихся на территории Республики Крым (приложение 8 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

9) Порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан, в медицинских организациях, находящихся на территории Республики Крым (приложение 9 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

10) 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 (за исключением лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по желанию пациента), 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 (приложение 10 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

11) Перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, включая меры по профилактике распространения ВИЧ-инфекции и гепатита С (приложение 11 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

12) Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, в том числе Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Крым, и перечень медицинских организаций, проводящих профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию, в том числе углубленную диспансеризацию в

2024 году (приложение 12 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

13) Условия размещения пациентов в маломестных палатах (боксах) по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации (приложение 13 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

14) Условия и сроки диспансеризации населения для отдельных категорий населения, профилактических осмотров несовершеннолетних (приложение 14 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

15) Стоимость Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по источникам ее финансового обеспечения на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов (приложение 15 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

16) Утвержденная стоимость Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по условиям ее оказания на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов (приложение 16 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

17) Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями, на одного жителя/застрахованное лицо на 2024 год (приложение 17 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

18) Средние нормативы объема оказания и средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 2024 - 2026 годы (приложение 18 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

19) Перечень нормативных правовых актов, в соответствии с которыми осуществляется маршрутизация застрахованных лиц при наступлении страхового случая, в разрезе условий, уровней и профилей оказания медицинской помощи, в том числе застрахованным лицам, проживающим в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также сельской местности (приложение 19 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

20) Прогнозные объемы специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара федеральными медицинскими организациями (приложение 20 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

21) Перечень высокотехнологичной медицинской помощи с использованием ряда уникальных методов лечения, применяемых при сердечно-сосудистой хирургии и трансплантации органов (приложение 21 к настоящей Территориальной программе госгарантий);

22) Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность по медицинской реабилитации в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара и амбулаторных условиях (приложение 22 к настоящей Территориальной программе госгарантий).