

# ПРАВИТЕЛЬСТВО ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПОСТАНОВЛЕНИЕ

28 декабря 2023 года

№ 757-п

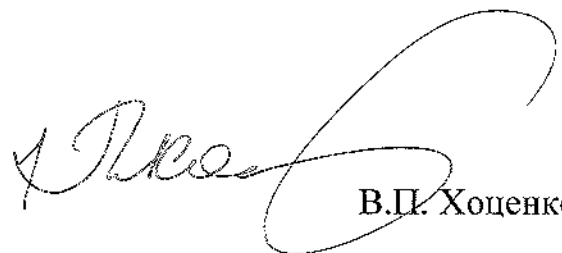
г. Омск

О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов

В целях обеспечения конституционных прав граждан на бесплатную медицинскую помощь в Омской области в соответствии со статьей 81 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 36 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» Правительство Омской области постановляет:

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

Губернатор Омской области,  
Председатель Правительства  
Омской области



В.П. Хоценко

**ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА**  
государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской  
помощи в Омской области на 2024 год и на плановый период  
2025 и 2026 годов

**I. Общие положения**

1. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов (далее – Программа) устанавливает:

1) перечень заболеваний (состояний) и перечень видов медицинской помощи, оказываемой гражданам без взимания с них платы за счет бюджетных ассигнований областного бюджета и средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) Омской области;

2) порядок и условия предоставления медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке;

3) порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, находящихся на территории Омской области;

4) перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Программы, в том числе территориальной программы ОМС (с указанием медицинских организаций, проводящих профилактические медицинские осмотры, в том числе в рамках диспансеризации);

5) перечень лекарственных препаратов для медицинского применения (далее – лекарственные препараты), 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 пятидесятипроцентной скидкой со свободных цен (далее – Перечень лекарственных препаратов), согласно приложению № 1 к Программе;

6) объем медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы в соответствии с законодательством Российской Федерации об ОМС;

7) объем медицинской помощи в расчете на одного жителя, стоимость объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания, подушевой норматив финансирования;

8) перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках Программы;

9) порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, не участвующей в реализации Программы;

10) целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи в соответствии с критериями, установленными программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой постановлением Правительства Российской Федерации (далее – федеральная программа).

2. Программа включает в себя территориальную программу ОМС, установленную в соответствии с законодательством Российской Федерации об ОМС, которая предусматривает виды и условия оказания медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, установленные базовой программой ОМС, определяет с учетом структуры заболеваемости в Омской области 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, норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС на территории Омской области, структуру тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС на территории Омской области, а также содержит реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС в 2024 году, и целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

3. Программа сформирована с учетом порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, особенностей половозрастного состава населения Омской области, уровня и структуры заболеваемости населения Омской области, основанных на данных медицинской статистики, климатических и географических особенностей Омской области и транспортной доступности медицинских организаций, сбалансированности объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения, в том числе уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об ОМС, положений региональной программы Омской области «Модернизация первичного звена здравоохранения Омской области» на 2021 – 2025 годы, утвержденной распоряжением Правительства Омской области от 14 декабря 2020 года № 260-рп, в том числе в части обеспечения создаваемой и модернизируемой инфраструктуры медицинских организаций.

II. Перечень заболеваний (состояний) и перечень видов медицинской помощи, оказываемой гражданам без взимания с них платы за счет бюджетных ассигнований областного бюджета и средств бюджета территориального фонда ОМС Омской области

4. В рамках Программы гражданам без взимания с них платы предоставляется медицинская помощь:

1) за счет средств бюджета территориального фонда ОМС Омской области при следующих заболеваниях (состояниях):

- инфекционные (включая новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)) и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза;

- 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;
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям, указанным в настоящем подпункте, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях;

2) за счет бюджетных ассигнований областного бюджета при заболеваниях, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдроме приобретенного иммунодефицита, туберкулезе, симптомах, признаках и отклонениях от нормы, не отнесенных к указанным заболеваниям и состояниям, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, а также при психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ.

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

1) на обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с разделом IV Программы;

2) на 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;

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

4) на диспансеризацию – пребывающие в стационарных организациях 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;

5) на диспансерное наблюдение – граждане, страдающие социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, а также лица, страдающие хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами и иными состояниями;

6) на медицинское обследование, лечение и медицинскую реабилитацию в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи – донор, давший письменное информированное добровольное согласие на изъятие своих органов и (или) тканей для трансплантации;

7) на пренатальную (дородовую) диагностику нарушений развития ребенка – беременные женщины;

8) на аудиологический скрининг – новорожденные дети и дети первого года жизни;

9) 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;

10) 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 (тирозинемия); 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 карнитинпальмитоилтрансферазы, тип II; недостаточность карнитин/ацилкарнитинтрансферазы; нарушения обмена серосодержащих аминокислот (гомоцистинурия); нарушения обмена цикла мочевины (цитруллинемия, тип I; аргиназная недостаточность); нарушения обмена лизина и гидроксизина (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.

6. В рамках Программы (за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации) бесплатно оказываются:

1) первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная медико-санитарная помощь;

2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;

3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;

4) паллиативная медицинская помощь, в том числе паллиативная первичная медицинская помощь, включая доврачебную и врачебную медицинскую помощь, а также паллиативная специализированная медицинская помощь.

7. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи, осуществляется по территориально-участковому принципу с учетом реализации прав граждан на выбор медицинской организации и врача, в том числе врача общей практики (семейного врача), 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.

8. 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).

9. Специализированная медицинская помощь 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.

10. Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

11. Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащим в том числе источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, согласно приложению № 2 к Программе. Применяемые при оказании высокотехнологичной медицинской помощи методы лечения предусмотрены в соответствующем приложении к федеральной программе.

12. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

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

14. Медицинская реабилитация включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов и осуществляется в медицинских организациях, перечень которых определяется Министерством здравоохранения Омской области, в три этапа:

1) первый этап медицинской реабилитации осуществляется в медицинских организациях, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях;

2) второй этап медицинской реабилитации осуществляется в медицинских организациях в стационарных условиях;

3) третий этап медицинской реабилитации осуществляется в медицинских организациях при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара.

Медицинская реабилитация на всех этапах осуществляется с учетом маршрутизации пациентов, определяемой Министерством здравоохранения Омской области, при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, а также при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

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 и 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.

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.

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 года, на территориях Запорожской области и Херсонской области с 30 сентября 2022 года, уволенных с военной службы (службы, работы).



15. Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания.

Медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляют взаимодействие с родственниками и иными членами семьи пациента или законным представителем пациента, лицами, осуществляющими уход за пациентом, добровольцами (волонтерами), а также организациями социального обслуживания, религиозными организациями, организациями, указанными в части 2 статьи 6 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе в целях предоставления такому пациенту социальных услуг, мер социальной защиты (поддержки) в соответствии с законодательством Российской Федерации, мер психологической поддержки и духовной помощи.

Медицинская организация, к которой пациент прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи, организует оказание ему паллиативной первичной медицинской помощи медицинскими работниками, включая медицинских работников фельдшерских 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.

16. В целях оказания гражданам, находящимся в стационарных организациях социального обслуживания, медицинской помощи Министерством здравоохранения Омской области организуется взаимодействие стационарных организаций социального обслуживания с близлежащими медицинскими организациями в соответствии со схемой территориального закрепления государственных учреждений здравоохранения Омской области за стационарными организациями социального обслуживания, находящимися в ведении Омской области, утверждаемой Министерством здравоохранения Омской области.

В отношении лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, в рамках базовой программы ОМС 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 Омской области, а также страховые медицинские организации, в которых застрахованы по ОМС лица, находящиеся в стационарных организациях социального обслуживания, и территориальный фонд ОМС Омской области.

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.

17. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в стационарных условиях и условиях дневного стационара оказывается медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти (далее – федеральные медицинские организации), в соответствии с нормативами объема предоставления медицинской помощи и нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленными базовой программой ОМС.

Перечень групп заболеваний, состояний, при которых федеральными медицинскими организациями оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, предусмотрен в соответствующем приложении к федеральной программе.

Направление граждан в федеральные медицинские организации для оказания медицинской помощи осуществляется в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

18. 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, осуществляются в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

III. Порядок и условия предоставления медицинской помощи, в том числе  
сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой  
в плановом порядке

19. В рамках Программы медицинская помощь оказывается в медицинских организациях, участвующих в 2024 году в реализации Программы, в том числе территориальной программы ОМС, по перечню согласно приложению № 3 к Программе.

20. При оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме выбор врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера (далее – врачи первичного звена) осуществляется гражданином, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия – его родителями или другими законными представителями), из числа врачей первичного звена, перечень которых ему предоставляется при выборе медицинской организации в порядке, утвержденном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (далее – уполномоченный федеральный орган исполнительной власти), с учетом их согласия не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации).

21. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в плановой форме выбор врача осуществляется гражданином, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия – его родителями или другими законными представителями), из числа врачей-специалистов медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, выбранной им в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, с учетом согласия врача. Лечащий врач, назначенный пациенту руководителем медицинской организации (подразделения медицинской организации), может быть заменен по требованию пациента.

22. При отсутствии волеизъявления гражданина о выборе врача первичного звена при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме прикрепление гражданина к врачам первичного звена осуществляется руководителем медицинской организации с учетом рекомендуемой численности прикрепленного населения на врачебных участках, фельдшерских участках.

23. При отсутствии волеизъявления гражданина о выборе врача при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в плановой форме прикрепление гражданина к лечащему врачу осуществляет руководитель соответствующего структурного подразделения медицинской организации, в которой гражданину оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

24. 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 Омской области.

25. При невозможности оказания первичной медико-санитарной помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и с учетом стандартов медицинской помощи, предоставляемой бесплатно в рамках Программы, в медицинской организации, в которой находится на медицинском обслуживании гражданин, медицинская помощь оказывается в соответствии с Программой в других медицинских организациях, участвующих в ее реализации, по направлению лечащего врача в соответствии с заключенными между ними договорами.

26. Назначение лечения, в том числе виды и объемы обследований, осуществляется лечащим врачом в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и с учетом стандартов медицинской помощи, а в случаях, установленных федеральным законодательством, – консилиумом врачей, врачебной комиссией.

27. При оказании медицинской помощи в плановой форме устанавливаются следующие сроки ожидания:

1) в амбулаторных условиях прием гражданина, посещение его на дому врачом первичного звена и иными медицинскими работниками со средним медицинским образованием – не более 24 часов с момента обращения гражданина в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

2) проведение консультаций врачей-специалистов (за исключением подозрения на онкологическое заболевание) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи – не более 14 рабочих дней со дня обращения гражданина в медицинскую организацию, в которой ведут прием соответствующие врачи-специалисты;

3) проведение консультаций врачей-специалистов в случае подозрения на онкологическое заболевание – не более 3 рабочих дней с момента подозрения на онкологическое заболевание;

4) проведение диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи – не более 14 рабочих дней со дня назначения исследований (за исключением исследований при подозрении на онкологическое заболевание);

5) проведение компьютерной томографии (включая однофотонную

эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи (за исключением исследований при подозрении на онкологическое заболевание) – не более 14 рабочих дней со дня назначения;

6) проведение диагностических инструментальных и лабораторных исследований в случае подозрения на онкологическое заболевание – не более 7 рабочих дней со дня назначения исследований;

7) установление диспансерного наблюдения врача-онколога за пациентом с выявленным онкологическим заболеванием – не более 3 рабочих дней с момента постановки диагноза онкологического заболевания;

8) оказание первичной медико-санитарной помощи, паллиативной медицинской помощи в условиях дневного стационара по медицинским показаниям согласно направлению лечащего врача – не более 14 календарных дней с даты обращения гражданина в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в условиях дневного стационара;

9) оказание специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, в том числе для лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, – не более 14 рабочих дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию (при условии обращения пациента за госпитализацией в рекомендуемые лечащим врачом сроки), а для пациентов с онкологическими заболеваниями – не более 7 рабочих дней с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления предварительного диагноза заболевания (состояния);

10) оказание паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях – не более 14 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию (при условии обращения пациента за госпитализацией в рекомендуемые лечащим врачом сроки).

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

29. Срок ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должен превышать 2 часов с момента обращения гражданина в медицинскую организацию.

30. 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. С учетом транспортной доступности время доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме до пациента, находящегося в сельской местности, составляет не более 60 минут с момента ее вызова.

31. 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.

32. Право внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан, включая ветеранов боевых действий, установленное законодательством Российской Федерации, реализуется в медицинских организациях на основании документа, подтверждающего принадлежность гражданина к указанной категории граждан, при наличии медицинских показаний.

Внеочередное оказание медицинской помощи отдельным категориям граждан в плановой форме предусматривает сокращение сроков ожидания медицинской помощи, установленных Программой, которые составляют:

1) проведение консультаций врачей-специалистов (за исключением подозрения на онкологическое заболевание) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи – не более 7 рабочих дней со дня обращения гражданина в медицинскую организацию, в которой ведут прием соответствующие врачи-специалисты;

2) проведение диагностических инструментальных, лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи – не более 7 рабочих дней со дня назначения исследований;

3) оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара по медицинским показаниям согласно направлению лечащего врача – не более 7 рабочих дней с даты обращения гражданина в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в условиях дневного стационара;

4) оказание специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, в том числе для лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, – не более 7 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию (при условии обращения пациента за госпитализацией в рекомендуемые лечащим врачом сроки).

В случае обращения одновременно нескольких граждан, имеющих право на внеочередное оказание медицинской помощи, медицинская помощь в плановой форме оказывается им исходя из очередности обращений таких граждан.

33. Обеспечение граждан лекарственными препаратами, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 12 октября 2019 года № 2406-р, в соответствии с Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств», и медицинскими изделиями, включенными в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденный распоряжением

Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2018 года № 3053-р, осуществляется в рамках Программы при оказании:

- 1) первичной медико-санитарной помощи:
  - в амбулаторных условиях в неотложной форме;
  - в амбулаторных условиях в плановой форме по профилю «Стоматология»;
  - в амбулаторных условиях в плановой форме при проведении заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа;
  - в условиях дневного стационара во всех формах;
- 2) специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара во всех формах;
- 3) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной и неотложной формах вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях;
- 4) паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара во всех формах, а также при посещениях на дому.

34. При оказании в рамках Программы первичной медико-санитарной помощи и паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях в плановой форме отдельные группы граждан и лица, страдающие отдельными категориями заболеваний, в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством Омской области обеспечиваются по медицинским показаниям с учетом стандартов медицинской помощи лекарственными препаратами и медицинскими изделиями по рецептам врачей бесплатно или с пятидесятипроцентной скидкой со свободных цен в соответствии с Перечнем лекарственных препаратов.

35. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара во всех формах в медицинских организациях в рамках Программы граждане обеспечиваются по медицинским показаниям и с учетом стандартов медицинской помощи донорской кровью и (или) ее компонентами.

36. В рамках Программы по медицинским показаниям и с учетом стандартов медицинской помощи осуществляется обеспечение граждан при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях во всех формах лечебным питанием по назначению врача по нормам, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также обеспечение отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях во всех формах

специализированными продуктами лечебного питания, за исключением лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по желанию пациента.

37. Обеспечение граждан в рамках оказания паллиативной медицинской помощи для использования на дому медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека, а также наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами при посещениях на дому осуществляется в порядке согласно приложению № 4 к Программе.

38. В рамках Программы в соответствии с законодательством Российской Федерации в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Омской области, осуществляются следующие мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни:

1) проведение профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

2) диспансерное наблюдение граждан, страдающих социально значимыми заболеваниями, и граждан, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, а также граждан, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами и иными состояниями;

3) проведение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, не реже 1 раза в год;

4) диспансерное наблюдение женщин в период беременности и послеродовой период;

5) проведение патронажа в период беременности женщин, находящихся в трудной жизненной ситуации;

6) оказание консультативной, психологической и медико-социальной помощи женщинам в период беременности и послеродовой период;

7) диспансерное наблюдение детей с хроническими заболеваниями и детей-инвалидов;

8) оказание консультативной помощи несовершеннолетним, направленной на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья;

9) профилактические мероприятия в целях выявления туберкулеза, сахарного диабета, артериальной гипертензии, злокачественных новообразований, сифилиса, болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), гепатита С;

10) комплексное обследование (1 раз в год), диспансерное наблюдение граждан в центрах здоровья;

11) индивидуальное консультирование граждан по вопросам ведения здорового образа жизни, включая рекомендации по рациональному питанию, двигательной активности, занятиям физической культурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха, психогигиене и управлению стрессом, профилактике факторов риска развития неинфекционных заболеваний, ответственному отношению к своему здоровью и здоровью



членов своей семьи, принципам ответственного родительства в центрах здоровья.

39. Меры по профилактике распространения ВИЧ-инфекции и гепатита С включают в себя:

1) обеспечение охвата населения эффективным скринингом на ВИЧ-инфекцию в целях максимального выявления лиц с ВИЧ-инфекцией;

2) проведение мероприятий по диагностике и выявлению ВИЧ-инфекции и постановке на диспансерное наблюдение лиц, инфицированных ВИЧ;

3) проведение мероприятий по повышению приверженности ВИЧ-инфицированных к лечению ВИЧ-инфекции и диспансерному наблюдению в целях сокращения смертности и предотвращения перехода ВИЧ в стадию СПИДа;

4) увеличение охвата антиретровирусной терапией лиц с ВИЧ-инфекцией и дальнейшее снижение рисков передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку;

5) повышение информированности граждан по вопросам ВИЧ-инфекции и гепатита С, а также формирование социальной среды, исключая дискриминацию и стигматизацию по отношению к лицам с ВИЧ-инфекцией;

6) разработка, изготовление и распространение среди населения информационных материалов по вопросам ВИЧ-инфекции, гепатита С, в том числе тиражирование и распространение полиграфической, аудио- и видеопродукции;

7) проведение информационных тренингов, акций и массовых мероприятий для населения по профилактике ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний;

8) повышение информированности профильных специалистов, в частности врачей первичного звена, по вопросам профилактики и диагностики ВИЧ-инфекции и гепатита С в целях выявления лиц с ВИЧ-инфекцией, гепатитом С на ранних стадиях заболевания.

40. В рамках Программы создаются следующие условия для пребывания гражданина в медицинской организации при оказании медицинской помощи в стационарных условиях:

1) круглосуточное медицинское наблюдение и лечение в условиях, соответствующих государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и гигиеническим нормативам;

2) предоставление спального места и лечебного питания;

3) предоставление по медицинским показаниям поста индивидуального ухода;

4) размещение в палатах вместимостью в соответствии с государственными санитарно-эпидемиологическими правилами и гигиеническими нормативами;

5) допуск адвоката или законного представителя для защиты прав гражданина;

6) предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации;

7) предоставление права одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации независимо от возраста ребенка в течение всего периода лечения. Плата за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания, с указанных лиц не взимается при совместном нахождении в медицинской организации:

- с ребенком-инвалидом, который в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации 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;

- с ребенком до достижения им возраста четырех лет;

- с ребенком в возрасте старше четырех лет – при наличии медицинских показаний.

41. При оказании медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется лечение сопутствующего заболевания, влияющего на тяжесть и течение основного заболевания.

42. При оказании медицинской помощи в рамках Программы пациенты размещаются в маломестных палатах не более 2 мест (боксах) при наличии медицинских и (или) эпидемиологических показаний к размещению пациентов в маломестных палатах (боксах), указанных в перечне, утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 года № 535н, а именно:

1) болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);

2) кистозный фиброз (муковисцидоз);

3) злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей;

4) термические и химические ожоги;

5) заболевания, вызванные метициллин (оксациллин)-резистентным золотистым стафилококком или ванкомицинрезистентным энтерококком:

- пневмония;

- менингит;

- остеомиелит;

- острый и подострый инфекционный эндокардит;

- инфекционно-токсический шок;

- сепсис;

- недержание кала (энкопрез);

- недержание мочи;

- заболевания, сопровождающиеся тошнотой и рвотой;
- б) некоторые инфекционные и паразитарные болезни.

Совместное размещение пациентов в маломестных палатах (боксах) допускается с учетом нозологических форм заболеваний, пола и тяжести состояния пациента.

43. В рамках Программы пациенту, находящемуся в медицинской организации на лечении в стационарных условиях, предоставляются транспортные услуги в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи (при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, осуществляющей лечение пациента в стационарных условиях).

Указанные транспортные услуги предоставляются в течение всего срока лечения в стационарных условиях в медицинской организации.

Транспортировка к месту выполнения диагностических исследований и обратно осуществляется транспортом, в том числе санитарным, предоставленным медицинской организацией, осуществляющей лечение пациента в стационарных условиях, либо санитарным транспортом, предоставленным медицинской организацией, оказывающей скорую медицинскую помощь.

Пациент сопровождается к месту выполнения диагностических исследований и обратно медицинским работником медицинской организации, осуществляющей его лечение в стационарных условиях. При предоставлении транспортной услуги больному ребенку в возрасте до 4 лет он может сопровождаться к месту выполнения диагностических исследований и обратно также одним из родителей, иным членом семьи или иным законным представителем.

44. Диспансеризация отдельных категорий граждан, включая определенные группы взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), в том числе работающих и неработающих граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме, пребывающих в стационарных организациях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, и других категорий граждан проводится в соответствии с порядками, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних осуществляются в соответствии с условиями, установленными областным законодательством.

Диспансеризация населения проводится 1 раз в 3 года, за исключением отдельных категорий граждан, включая граждан в возрасте 40 лет и старше, инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий), лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда», лиц, награжденных знаком «Житель осажденного Севастополя» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий), бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий), работающих граждан, не достигших возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающих граждан, являющихся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет, пребывающих в стационарных организациях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, которые проходят диспансеризацию ежегодно.

При отсутствии в медицинской организации врачей-специалистов, необходимых для прохождения диспансеризации населения, в том числе детского, для проведения диспансеризации привлекаются другие медицинские работники в порядке, установленном федеральным законодательством.

При отсутствии возможности проведения диагностических, лабораторных исследований в медицинской организации для прохождения диспансеризации населения, в том числе детского, указанные исследования проводятся в другой медицинской организации в порядке, установленном федеральным законодательством.

45. В рамках проведения профилактических мероприятий Министерство здравоохранения Омской области обеспечивает организацию прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе в вечерние часы в будние дни и в 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, который приведен в приложении № 5 к Программе (далее – углубленная диспансеризация).

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 ОМС Омской области. Территориальный фонд ОМС Омской области 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)» (далее – Единый портал), сети радиотелефонной связи (смс-сообщения) и иных доступных средств связи.

Запись граждан на углубленную диспансеризацию осуществляется в том числе с использованием Единого портала.

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 № 5 к Программе.

В случае выявления по результатам углубленной диспансеризации хронических неинфекционных заболеваний, в том числе связанных с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), гражданин

в течение 3 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, 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 Омской области размещает на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» 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 соответствии с перечнем согласно приложению № 3 к Программе.

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 ОМС Омской области.

Территориальный фонд ОМС Омской области 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 передает 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 субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения 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 ОМС.

46. 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, утверждаемом 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 Омской области и территориальному фонду ОМС Омской области для осуществления ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Медицинские организации с использованием Единого портала, а также с привлечением страховых медицинских организаций информируют застрахованное лицо, за которым установлено диспансерное наблюдение, о рекомендуемых сроках явки на диспансерный прием (осмотр, консультацию).

47. Детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в случае выявления у них заболеваний оказывается медицинская помощь всех видов (в том числе по профилю «медицинская реабилитация»), включая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь с учетом сокращения сроков ожидания медицинской помощи, предусмотренных пунктом 32 Программы.

48. Программой устанавливаются целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка уровня и динамики доступности и качества медицинской помощи.

49. Критериями доступности медицинской помощи являются:

1) удовлетворенность населения доступностью медицинской помощи, в том числе городского и сельского населения (процентов от числа опрошенных): 2024 год – 58,0, в том числе городского населения – 58,0, сельского населения – 58,0; 2025 год – 63,0, в том числе городского населения – 63,0, сельского населения – 63,0; 2026 год – 63,5, в том числе городского населения – 63,5, сельского населения – 63,5;

2) доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на Программу (процентов): 2024 год – 8,5; 2025 год – 8,5; 2026 год – 8,6;

3) доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на Программу (процентов): 2024 год – 2,5; 2025 год – 2,5; 2026 год – 2,6;

4) доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в федеральных медицинских организациях, в общем числе пациентов, которым была оказана специализированная медицинская помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы ОМС (процентов): 2024 год – 0,0; 2025 год – 0,0; 2026 год – 0,0;

5) доля посещений выездной патронажной службой на дому для оказания паллиативной медицинской помощи детскому населению в общем количестве посещений по паллиативной медицинской помощи детскому населению (процентов): 2024 год – 60; 2025 год – 60; 2026 год – 60;

6) число пациентов, которым оказана паллиативная медицинская помощь по месту их фактического пребывания за пределами Омской области, на территории которой указанные пациенты зарегистрированы по месту жительства: 2024 год – 3; 2025 год – 3; 2026 год – 3;

7) число пациентов, зарегистрированных на территории Омской области по месту жительства, за оказание паллиативной медицинской помощи которым



в медицинских организациях других субъектов Российской Федерации компенсированы затраты на основании межрегионального соглашения: 2024 год – 0; 2025 год – 0; 2026 год – 0;

8) доля пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, взятых под диспансерное наблюдение, в общем количестве пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями (процентов): 2024 год – 54,0; 2025 год – 54,5; 2026 год – 55,0;

9) доля пациентов, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания и страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, получивших медицинскую помощь в рамках диспансерного наблюдения (процентов): 2024 год – 65,0; 2025 год – 65,0; 2026 год – 70,0;

10) доля граждан, обеспеченных лекарственными препаратами, в общем количестве льготных категорий граждан (процентов): 2024 год – 54,67; 2025 год – 54,67; 2026 год – 54,67.

50. Критериями качества медицинской помощи являются:

1) доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года (процентов): 2024 год – 24,1; 2025 год – 24,2; 2026 год – 24,3;

2) доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года у несовершеннолетних (процентов): 2024 год – 7,0; 2025 год – 7,3; 2026 год – 7,5;

3) доля впервые выявленных онкологических заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных онкологических заболеваний в течение года (процентов): 2024 год – 6,4; 2025 год – 6,5; 2026 год – 6,6;

4) доля впервые выявленных онкологических заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, от общего количества лиц, прошедших указанные осмотры (процентов): 2024 год – 1,9; 2025 год – 1,9; 2026 год – 2,0;

5) доля пациентов со злокачественными новообразованиями, взятых под диспансерное наблюдение, в общем количестве пациентов со злокачественными новообразованиями (процентов): 2024 год – 99,9; 2025 год – 99,9; 2026 год – 99,9;

6) доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 12 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда (процентов): 2024 год – 42,0; 2025 год – 42,0; 2026 год – 42,0;

7) доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению (процентов): 2024 год – 42,0; 2025 год – 42,5; 2026 год – 43,0;

8) доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой скорой медицинской помощи проведен тромболизис, в общем количестве пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи (процентов): 2024 год – 90,0; 2025 год – 90,0; 2026 год – 90,0;

9) доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к ее проведению (процентов): 2024 год – 12,0; 2025 год – 11,5; 2026 год – 11,0;

10) доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями (процентов): 2024 год – 26,3; 2025 год – 26,4; 2026 год – 26,5;

11) доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры в первые 6 часов от начала заболевания (процентов): 2024 год – 9,0; 2025 год – 10,0; 2026 год – 11,0;

12) доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры (процентов): 2024 год – 4,5; 2025 год – 4,7; 2026 год – 5,0;

13) доля пациентов, получающих обезболивание в рамках оказания паллиативной медицинской помощи, в общем количестве пациентов, нуждающихся в обезболивании при оказании паллиативной медицинской помощи (процентов): 2024 год – 100; 2025 год – 100; 2026 год – 100;

14) доля пациентов, обследованных перед проведением вспомогательных репродуктивных технологий в соответствии с критериями качества проведения программ вспомогательных репродуктивных технологий клинических рекомендаций «Женское бесплодие» (процентов): 2024 год – 100; 2025 год – 100; 2026 год – 100;

15) число циклов экстракорпорального оплодотворения, выполняемых медицинской организацией, в течение одного года: 2024 год – 706; 2025 год – 708; 2026 год – 708;

16) доля женщин, у которых беременность после применения процедуры экстракорпорального оплодотворения (циклов с переносом эмбрионов) завершилась родами, в общем числе женщин, которым были проведены процедуры экстракорпорального оплодотворения (циклы с переносом эмбрионов) (процентов): 2024 год – 30; 2025 год – 30; 2026 год – 30;

17) доля родов у женщин после лечения бесплодия с применением процедуры экстракорпорального оплодотворения (на циклы с переносом

эмбрионов) (процентов): 2024 год – 30,0; 2025 год – 30,0; 2026 год – 30,0;

18) количество обоснованных жалоб, в том числе на несоблюдение сроков ожидания оказания и на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках Программы (единиц): 2024 год – 92; 2025 год – 91; 2026 год – 91;

19) количество случаев госпитализации с диагнозом «бронхиальная астма» на 100 тыс. населения в год (единиц): 2024 год – 62; 2025 год – 61,5; 2026 год – 61;

20) количество случаев госпитализации с диагнозом «хроническая обструктивная болезнь легких» на 100 тыс. населения (единиц): 2024 год – 110; 2025 год – 112; 2026 год – 114;

21) количество случаев госпитализации с диагнозом «хроническая сердечная недостаточность» на 100 тыс. населения в год (единиц): 2024 год – 125; 2025 год – 126; 2026 год – 126;

22) количество случаев госпитализации с диагнозом «гипертоническая болезнь» на 100 тыс. населения в год (единиц): 2024 год – 400; 2025 год – 410; 2026 год – 410;

23) количество случаев госпитализации с диагнозом «сахарный диабет» на 100 тыс. населения в год (единиц): 2024 год – 250; 2025 год – 255; 2026 год – 258;

24) количество пациентов с гепатитом С, получивших противовирусную терапию, на 100 тыс. населения в год (единиц): 2024 год – 8,5; 2025 год – 8,5; 2026 год – 8,5;

25) доля операций, проведенных не позднее двух суток с момента перелома проксимального отдела бедра (процентов): 2024 год – 45,0; 2025 год – 50,0; 2026 год – 50,0;

26) доля пациентов, прооперированных в течение 2 дней после поступления в стационар по поводу перелома шейки бедра, от всех прооперированных по поводу указанного диагноза (процентов): 2024 год – 60,0; 2025 год – 60,0; 2026 год – 60,0.

51. Оценка достижения критериев доступности и качества медицинской помощи осуществляется 1 раз в полгода с направлением соответствующих данных в Министерство здравоохранения Российской Федерации.

52. При оказании гражданину медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, не участвующей в реализации Программы, имеющей соответствующую лицензию на осуществление медицинской деятельности, указанная медицинская организация оформляет выписку из медицинской карты больного об оказании ему медицинской помощи в экстренной форме с приложением копий документов, подтверждающих личность больного, которую направляет медицинской организации, осуществляющей оказание скорой медицинской помощи на соответствующей территории обслуживания и включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, в 2024 году (далее – уполномоченная медицинская организация), для заключения договора

на возмещение расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме.

Уполномоченная медицинская организация в течение 30 календарных дней со дня получения документов, указанных в абзаце первом настоящего пункта, на основании заключенного договора производит возмещение расходов согласно установленным тарифам на оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с тарифным соглашением в системе ОМС Омской области на 2024 год:

- 1) застрахованным по ОМС лицам – за счет средств ОМС;
- 2) не застрахованным по ОМС лицам – за счет средств областного бюджета.

53. Взаимодействие с референс-центрами Министерства здравоохранения Российской Федерации, созданными в целях предупреждения распространения биологических угроз (опасностей), а также взаимодействие с референс-центрами иммуногистохимических, патоморфологических и лучевых методов исследований, функционирующими на базе медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, осуществляется в порядке, определяемом Министерством здравоохранения Омской области.

#### IV. Финансовое обеспечение Программы

54. Источниками финансового обеспечения Программы являются средства федерального бюджета, областного бюджета, а также средства ОМС (бюджета Федерального фонда ОМС, бюджета территориального фонда ОМС Омской области).

55. В рамках территориальной программы ОМС застрахованным лицам, в том числе лицам, находящимся в стационарных организациях социального обслуживания, 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 ОМС, согласно разделу 1 приложения № 2 к Программе, при заболеваниях и состояниях, предусмотренных подпунктом 1 пункта 4 Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения.

56. В рамках территориальной программы ОМС осуществляется финансовое обеспечение профилактических мероприятий, включая профилактические медицинские осмотры граждан и их отдельных категорий, в том числе в рамках диспансеризации (профилактические медицинские осмотры и диспансеризация отдельных групп взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), в том числе работающих и неработающих граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме, медицинские осмотры несовершеннолетних, в том числе профилактические медицинские осмотры, в связи с занятиями физической культурой и спортом, диспансеризация пребывающих в стационарных организациях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью), углубленную диспансеризацию, диспансеризацию (при заболеваниях и состояниях, указанных в подпункте 1 пункта 4 Программы, 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.

57. За счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС осуществляется финансовое обеспечение:

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

2) 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, противовирусными 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;

3) проведения углубленной диспансеризации;

4) проведения медицинской реабилитации, в том числе за счет межбюджетных трансфертов из федерального бюджета, предоставляемых бюджету Федерального фонда ОМС;

5) 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;

б) 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 указанных медицинских организациях.

58. За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, в том числе за счет межбюджетных трансфертов федерального бюджета бюджету Федерального фонда ОМС, осуществляется финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, оказываемой:

1) федеральными медицинскими организациями и медицинскими организациями частной системы здравоохранения, включенными в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации;

2) медицинскими организациями, подведомственными исполнительным органам субъектов Российской Федерации.

59. В соответствии с федеральной программой за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

1) 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 ОМС, в том числе при заболеваниях, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдроме приобретенного иммунодефицита, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, а также в части расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную базовой программой ОМС);

2) медицинской эвакуации, осуществляемой федеральными медицинскими организациями, по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации;

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

4) расширенного неонатального скрининга;

5) медицинской помощи, предусмотренной федеральными законами для определенных категорий граждан, оказываемой в федеральных медицинских организациях;

6) лечения граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации, направленных в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации;

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

8) 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 Министерству здравоохранения Российской Федерации 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;

9) закупки противовирусных лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, для лечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С;

10) закупки антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, для лечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя;

11) 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;

12) предоставления в установленном порядке бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура субвенций на оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан в виде набора социальных услуг в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов в соответствии с пунктом 1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона «О государственной социальной помощи»;

13) 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;

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

15) 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» в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 5 января 2021 года № 16 «О создании Фонда поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, «Круг добра».



60. За счет бюджетных ассигнований областного бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

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

2) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи не застрахованным по ОМС лицам;

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

4) специализированной медицинской помощи в части медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу ОМС (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения, связанные в том числе с употреблением психоактивных веществ);

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

6) высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Омской области, в соответствии с разделом 2 приложения № 2 к Программе;

7) 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;

8) 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, подведомственных исполнительным органам субъектов Российской Федерации;

9) предоставления в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Омской области, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, психологической помощи пациенту, получающему паллиативную медицинскую помощь, и членам семьи пациента, а также медицинской помощи врачами-психотерапевтами пациенту и членам семьи пациента или членам семьи пациента после его смерти в случае их обращения в медицинскую организацию;

10) расходов медицинских организаций, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальной программе ОМС;

11) транспортировки пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи, которая оказывается методом заместительной почечной терапии, и обратно.

61. 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.

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

63. За счет бюджетных ассигнований областного бюджета осуществляется:

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

2) обеспечение с учетом пункта 34 Программы лекарственными препаратами в соответствии с Перечнем групп населения и категорий

заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, в соответствии с федеральным и областным законодательством;

3) обеспечение с учетом пункта 34 Программы лекарственными препаратами в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой со свободных цен, в соответствии с федеральным и областным законодательством;

4) пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Омской области;

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

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

7) обеспечение медицинской деятельности, связанной с донорством органов и тканей человека в целях трансплантации (пересадки), в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Омской области.

64. Финансовое обеспечение проведения осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, медицинского обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также граждан, выразивших желание стать опекуном или попечителем совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного гражданина, осуществляется:

1) в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в территориальную программу ОМС, застрахованным лицам – за счет средств ОМС (по видам и условиям оказания медицинской помощи, включенным в базовую программу ОМС);

2) в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Омской области, в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, не входящим в территориальную программу ОМС, – за счет бюджетных ассигнований областного бюджета.

Проведение обязательных диагностических исследований и оказание медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, поступлении в военные профессиональные образовательные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении в военном учебном центре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки или в военной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также гражданам, направляемым на альтернативную гражданскую службу, осуществляется за счет бюджетных ассигнований областного бюджета и средств ОМС в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Омской области, и медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, соответственно, за исключением случаев, предусмотренных в абзаце пятом настоящего пункта.

Финансовое обеспечение медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе или приравненной к ней службе, а также диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования по направлению военных комиссариатов осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и не включено в средние нормативы, установленные Программой.

65. За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, областного бюджета в установленном порядке:

1) оказывается медицинская помощь и предоставляются иные государственные услуги (выполняются работы) в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, Министерству здравоохранения Омской области соответственно, за исключением видов медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС, в лепрозориях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, центрах профилактики и борьбы со СПИДом, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах охраны здоровья семьи и репродукции, медико-генетических центрах (консультациях) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую 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 подпункте 1 пункта 4 Программы, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств ОМС в рамках базовой 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, молочных кухнях и в прочих медицинских организациях, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации;

2) осуществляется финансовое обеспечение авиационных работ при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, медицинской помощи в специализированных медицинских организациях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация» при заболеваниях, не включенных в базовую программу 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.

66. 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 областного бюджета с учетом подведомственности медицинских организаций федеральным органам исполнительной власти и Министерству здравоохранения Омской области:

1) в случае смерти пациента при оказании медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь при заболеваниях, передаваемых половым путем, вызванных ВИЧ, 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;

2) 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.

67. За счет бюджетных ассигнований областного бюджета также осуществляется финансовое обеспечение государственных услуг по санаторно-курортному лечению граждан, оказываемых в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Омской области, в соответствии с порядком организации санаторно-курортного лечения, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации.

68. 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 ОМС.

#### V. Нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, структура тарифов на оплату медицинской помощи и способы оплаты медицинской помощи

69. Нормативы объема медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания в целом по Программе определяются в единицах объема в расчете на 1 жителя в год, по территориальной программе ОМС – в расчете на 1 застрахованное лицо. Нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Программой.

70. Нормативы объема медицинской помощи на 2024 год в среднем составляют:

1) для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию:

- за счет бюджетных ассигнований областного бюджета – 0,003 вызова на 1 жителя, в том числе для медицинских организаций:

первого уровня оказания медицинской помощи (далсс – уровень) – 0,0 вызова на 1 жителя;

второго уровня – 0,002 вызова на 1 жителя;

третьего уровня – 0,001 вызова на 1 жителя;

- в рамках территориальной программы ОМС – 0,290000 вызова на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций:

первого уровня – 0,271000 вызова на 1 застрахованное лицо;

второго уровня – 0,002000 вызова на 1 застрахованное лицо;

третьего уровня – 0,017000 вызова на 1 застрахованное лицо;

2) для первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, за исключением медицинской реабилитации:

2.1) оказываемой с профилактической и иными целями:

- за счет бюджетных ассигнований областного бюджета – 0,73 посещения на 1 жителя (включая посещения, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе при проведении профилактических медицинских осмотров 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 медицинскую помощь, оказываемую выездными психиатрическими бригадами), в том числе для медицинских организаций:

первого уровня – 0,22 посещения на 1 жителя;

второго уровня – 0,38 посещения на 1 жителя;

третьего уровня – 0,13 посещения на 1 жителя;

- в рамках территориальной программы ОМС:

в том числе для медицинских организаций первого уровня – 1,950000 посещения / комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,260000 посещения / комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,623267 посещения / комплексного посещения на 1 застрахованное лицо;

для проведения профилактических медицинских осмотров – 0,311412 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо;

для проведения диспансеризации – 0,388591 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе для проведения углубленной диспансеризации – 0,050758 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо;

для посещений с иными целями – 2,133264 посещения на 1 застрахованное лицо;

2.2) оказываемой в неотложной форме, в рамках территориальной программы ОМС – 0,540000 посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций:

- первого уровня – 0,320000 посещения на 1 застрахованное лицо;

- второго уровня – 0,060000 посещения на 1 застрахованное лицо;

- третьего уровня – 0,160000 посещения на 1 застрахованное лицо;

2.3) оказываемой в связи с заболеваниями (обращение – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2):

- за счет бюджетных ассигнований областного бюджета – 0,144 обращения на 1 жителя, в том числе для медицинских организаций:

первого уровня – 0,04 обращения на 1 жителя;

второго уровня – 0,044 обращения на 1 жителя;

третьего уровня – 0,06 обращения на 1 жителя;

- в рамках территориальной программы ОМС – 1,787700 обращения на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций первого

уровня – 1,240000 обращения на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,180000 обращения на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,367700 обращения на 1 застрахованное лицо, которое включает проведение следующих отдельных диагностических (лабораторных) исследований в рамках территориальной программы ОМС:

компьютерная томография – 0,050465 исследования на 1 застрахованное лицо;

магнитно-резонансная томография – 0,018179 исследования на 1 застрахованное лицо;

ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы – 0,094890 исследования на 1 застрахованное лицо;

эндоскопическое диагностическое исследование – 0,030918 исследования на 1 застрахованное лицо;

молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний – 0,001120 исследования на 1 застрахованное лицо;

патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 0,015192 исследования на 1 застрахованное лицо;

тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 0,102779 исследования на 1 застрахованное лицо;

2.4) оказываемой в связи с диспансерным наблюдением, в рамках территориальной программы ОМС – 0,261736 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций первого уровня – 0,117781 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,117781 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,026174 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо:

- в том числе по поводу онкологических заболеваний – 0,045050 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо;

- в том числе по поводу сахарного диабета – 0,059800 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо;

- в том числе по поводу болезней системы кровообращения – 0,125210 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо;

3) для медицинской помощи в условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь), за исключением медицинской реабилитации:

- за счет бюджетных ассигнований областного бюджета – 0,004 случая лечения на 1 жителя (включая случаи оказания паллиативной медицинской помощи в условиях дневного стационара), в том числе для медицинских организаций:

первого уровня – 0,0 случая лечения на 1 жителя;

второго уровня – 0,002 случая лечения на 1 жителя;

третьего уровня – 0,002 случая лечения на 1 жителя;

- в рамках территориальной программы ОМС:



для медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций), – 0,070478 случая лечения на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций первого уровня – 0,029000 случая лечения на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,011000 случая лечения на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,030478 случая лечения на 1 застрахованное лицо;

в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология», оказываемой медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций), – 0,010964 случая лечения на 1 застрахованное лицо;

в том числе для медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении, оказываемой медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций), – 0,000560 случая лечения на 1 застрахованное лицо;

в том числе для медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С, оказываемой медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций), – 0,000277 случая лечения на 1 застрахованное лицо;

4) для специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях, за исключением медицинской реабилитации:

- за счет бюджетных ассигнований областного бюджета – 0,0138 случая госпитализации на 1 жителя;

- в рамках территориальной программы ОМС:

для медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций), – 0,170758 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций первого уровня – 0,028580 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,026170 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,116008 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо;

в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология», оказываемой медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций), – 0,008926 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо;

5) для медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»:

5.1) оказываемой в амбулаторных условиях в рамках территориальной программы ОМС – 0,003116 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций:

- первого уровня – 0,002259 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо;

- второго уровня – 0,000334 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо;

- третьего уровня – 0,000523 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо;

5.2) оказываемой в условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь) в рамках территориальной программы ОМС в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 0,002601 случая лечения на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций:

- первого уровня – 0,000195 случая лечения на 1 застрахованное лицо;
- второго уровня – 0,002299 случая лечения на 1 застрахованное лицо;
- третьего уровня – 0,000107 случая лечения на 1 застрахованное лицо;

5.3) оказываемой в стационарных условиях (специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь) в рамках территориальной программы ОМС в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 0,005426 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций:

- первого уровня – 0,000087 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо;
- второго уровня – 0,001085 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо;
- третьего уровня – 0,004254 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо;

б) для паллиативной медицинской помощи:

6.1) первичной медицинской помощи, в том числе доврачебной и врачебной, за счет бюджетных ассигнований областного бюджета – 0,03 посещения на 1 жителя:

- в том числе для медицинских организаций:

- первого уровня – 0,017 посещения на 1 жителя;
- второго уровня – 0,013 посещения на 1 жителя;
- третьего уровня – 0,00 посещения на 1 жителя;

- в том числе без учета посещений на дому выездными патронажными бригадами – 0,022 посещения на 1 жителя;

- в том числе на дому выездными патронажными бригадами – 0,008 посещения на 1 жителя;

6.2) в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода) за счет бюджетных ассигнований областного бюджета – 0,092 койко-дня на 1 жителя, в том числе для медицинских организаций:

- первого уровня – 0,04 койко-дня на 1 жителя;
- второго уровня – 0,048 койко-дня на 1 жителя;
- третьего уровня – 0,004 койко-дня на 1 жителя.

71. Нормативы объема медицинской помощи на 2025 – 2026 годы в среднем составляют:

1) для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию:

- за счет бюджетных ассигнований областного бюджета на 2025 – 2026 годы – 0,003 вызова на 1 жителя;

- в рамках территориальной программы ОМС на 2025 – 2026 годы –

0,290 вызова на 1 застрахованное лицо;

2) для первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, за исключением медицинской реабилитации:

2.1) оказываемой с профилактической и иными целями:

- за счет бюджетных ассигнований областного бюджета на 2025 – 2026 годы – 0,73 посещения на 1 жителя (включая посещения, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе при проведении профилактических медицинских осмотров 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 медицинскую помощь, оказываемую выездными психиатрическими бригадами);

- в рамках территориальной программы ОМС:

для проведения профилактических медицинских осмотров на 2025 – 2026 годы – 0,311412 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо;

для проведения диспансеризации на 2025 – 2026 годы – 0,388591 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе для проведения углубленной диспансеризации на 2025 – 2026 годы – 0,050758 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо;

для посещений с иными целями на 2025 – 2026 годы – 2,133264 посещения на 1 застрахованное лицо;

2.2) оказываемой в неотложной форме, в рамках территориальной программы ОМС на 2025 – 2026 годы – 0,540000 посещения на 1 застрахованное лицо;

2.3) оказываемой в связи с заболеваниями (обращение – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2):

- за счет бюджетных ассигнований областного бюджета на 2025 – 2026 годы – 0,144 обращения на 1 жителя;

- в рамках территориальной программы ОМС на 2025 – 2026 годы – 1,787700 обращения на 1 застрахованное лицо, которое включает проведение следующих отдельных диагностических (лабораторных) исследований в рамках территориальной программы ОМС на 2025 – 2026 годы:

компьютерная томография – 0,050465 исследования на 1 застрахованное лицо;

магнитно-резонансная томография – 0,018179 исследования на 1 застрахованное лицо;

ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы – 0,094890 исследования на 1 застрахованное лицо;

эндоскопическое диагностическое исследование – 0,030918 исследования на 1 застрахованное лицо;

молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний – 0,001120 исследования на 1 застрахованное лицо;

патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 0,015192 исследования на 1 застрахованное лицо;

тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 0,102779 исследования на 1 застрахованное лицо;

2.4) оказываемой в связи с диспансерным наблюдением, в рамках территориальной программы ОМС на 2025 – 2026 годы – 0,261736 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо:

- в том числе по поводу онкологических заболеваний на 2025 – 2026 годы – 0,045050 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо;

- в том числе по поводу сахарного диабета на 2025 – 2026 годы – 0,059800 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо;

- в том числе по поводу болезней системы кровообращения на 2025 – 2026 годы – 0,125210 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо;

3) для медицинской помощи в условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь), за исключением медицинской реабилитации:

- за счет бюджетных ассигнований областного бюджета:

для первичной медико-санитарной помощи на 2025 – 2026 годы – 0,000980 случая лечения на 1 жителя (включая случаи оказания паллиативной медицинской помощи в условиях дневного стационара);

для специализированной медицинской помощи на 2025 – 2026 годы – 0,003020 случая лечения на 1 жителя (включая случаи оказания паллиативной медицинской помощи в условиях дневного стационара);

- в рамках территориальной программы ОМС:

для первичной медико-санитарной помощи на 2025 – 2026 годы – 0,034816 случая лечения на 1 застрахованное лицо;

для специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций), на 2025 – 2026 годы – 0,035662 случая лечения на 1 застрахованное лицо:

в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология», оказываемой медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций), на 2025 – 2026 годы – 0,010964 случая лечения на 1 застрахованное лицо;

в том числе для медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении, оказываемой медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций), на 2025 – 2026 годы – 0,000560 случая лечения на 1 застрахованное лицо;

в том числе для медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С, оказываемой медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций), на 2025 – 2026 годы – 0,000277 случая лечения на 1 застрахованное лицо;

4) для специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях, за исключением медицинской реабилитации:

- за счет бюджетных ассигнований областного бюджета на 2025 – 2026 годы – 0,0138 случая госпитализации на 1 жителя;

- в рамках территориальной программы ОМС:

для медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций), на 2025 год – 0,162220 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2026 год – 0,153683 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо;

в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология», оказываемой медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций), на 2025 – 2026 годы – 0,008926 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо;

5) для медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»:

5.1) оказываемой в амбулаторных условиях в рамках территориальной программы ОМС на 2025 – 2026 годы – 0,003116 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо;

5.2) оказываемой в условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь) в рамках территориальной программы ОМС в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) на 2025 – 2026 годы – 0,002601 случая лечения на 1 застрахованное лицо;

5.3) оказываемой в стационарных условиях (специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь) в рамках территориальной программы ОМС в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) на 2025 – 2026 годы – 0,005426 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо;

6) для паллиативной медицинской помощи:

6.1) первичной медицинской помощи, в том числе доврачебной и врачебной, за счет бюджетных ассигнований областного бюджета на 2025 – 2026 годы – 0,03 посещения на 1 жителя:

- в том числе без учета посещений на дому выездными патронажными бригадами на 2025 – 2026 годы – 0,022 посещения на 1 жителя;

- в том числе на дому выездными патронажными бригадами на 2025 – 2026 годы – 0,008 посещения на 1 жителя;

6.2) в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода) за счет бюджетных ассигнований областного бюджета на 2025 – 2026 годы – 0,092 койко-дня на 1 жителя.

72. Объем медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на 2024 год в соответствии с законодательством Российской Федерации об ОМС, определен в приложении № 6 к Программе.

73. Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями, на 1 жителя/застрахованное лицо на 2024 год определен в приложении № 7 к Программе.

74. Объем медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по ОМС гражданам в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, входящих в территориальную программу ОМС, включается в нормативы объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований областного бюджета.

Медицинская помощь, оказываемая застрахованным по ОМС гражданам в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, в амбулаторных и стационарных условиях, обеспечивается за счет средств ОМС.

75. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, на 2024 год в среднем составляют:

1) для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию:

- за счет средств областного бюджета – 16 522,20 рубля на 1 вызов, при этом средний норматив финансовых затрат на 1 случай оказания медицинской помощи авиамедицинскими выездными бригадами скорой медицинской помощи при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами (за исключением расходов на авиационные работы), составляет 8 334,40 рубля на 1 вызов;

- за счет средств ОМС – 4 041,32 рубля на 1 вызов;

2) для первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, за исключением медицинской реабилитации:

2.1) оказываемой с профилактической и иными целями:

- за счет средств областного бюджета (включая расходы на оказание медицинской помощи выездными психиатрическими бригадами) – 622,4 рубля на 1 посещение;

- за счет средств ОМС:

для проведения профилактических медицинских осмотров – 2 475,42 рубля на 1 комплексное посещение;

для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, – 3 022,40 рубля на 1 комплексное посещение, в том числе для проведения углубленной диспансеризации – 1 301,03 рубля на 1 комплексное посещение;

для посещений с иными целями – 426,31 рубля на 1 посещение;

2.2) оказываемой в неотложной форме за счет средств ОМС – 924,11 рубля на 1 посещение;

2.3) оказываемой в связи с заболеваниями (обращение – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2):

- за счет средств областного бюджета – 1 805,1 рубля на 1 обращение;

- за счет средств ОМС – 2 067,34 рубля на 1 обращение, включая нормативы финансовых затрат на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований:

компьютерная томография – 3 230,69 рубля на 1 исследование;

магнитно-резонансная томография – 4 411,38 рубля на 1 исследование;

ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы – 652,39 рубля на 1 исследование;

эндоскопическое диагностическое исследование – 1 196,27 рубля на 1 исследование;

молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний – 10 046,00 рубля на 1 исследование;

патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 477,52 рубля на 1 исследование;

тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 479,57 рубля на 1 исследование;

2.4) оказываемой в связи с диспансерным наблюдением за счет средств ОМС – 2 464,04 рубля на 1 комплексное посещение:

- в том числе по поводу онкологических заболеваний – 3 472,24 рубля на 1 комплексное посещение;

- в том числе по поводу сахарного диабета – 1 310,97 рубля на 1 комплексное посещение;

- в том числе по поводу болезней системы кровообращения – 2 915,10 рубля на 1 комплексное посещение;

3) для медицинской помощи в условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь), за исключением медицинской реабилитации:

- за счет средств областного бюджета – 18 455,3 рубля на 1 случай лечения;

- за счет средств ОМС:

в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 29 514,44 рубля на 1 случай лечения;

в том числе по профилю «онкология» в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 85 403,68 рубля на 1 случай лечения;

в том числе при экстракорпоральном оплодотворении в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 119 811,17 рубля на 1 случай лечения;

в том числе больным с вирусным гепатитом С в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 157 695,77 рубля на 1 случай лечения;

4) для специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях, за исключением медицинской реабилитации:

- за счет средств областного бюджета – 112 901,1 рубля на 1 случай госпитализации;

- за счет средств ОМС:

в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 47 606,60 рубля на 1 случай госпитализации;

в том числе по профилю «онкология» в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 104 273,55 рубля на 1 случай госпитализации;

5) для медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»:

5.1) оказываемой в амбулаторных условиях за счет средств ОМС – 23 888,88 рубля на 1 комплексное посещение;

5.2) оказываемой в условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь) за счет средств ОМС в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 28 100,81 рубля на 1 случай лечения;

5.3) оказываемой в стационарных условиях (специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь) за счет средств ОМС в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) – 53 123,77 рубля на 1 случай госпитализации;

б) для паллиативной медицинской помощи:

6.1) первичной медицинской помощи, в том числе доврачебной и врачебной, за счет средств областного бюджета:

- без учета посещений на дому выездными патронажными бригадами – 559,6 рубля на 1 посещение;

- на дому выездными патронажными бригадами (без учета расходов на оплату социальных услуг, оказываемых социальными работниками, и расходов для предоставления на дому медицинских изделий) – 2 778,0 рубля на 1 посещение;

6.2) в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода) за счет средств областного бюджета – 3 306,5 рубля на 1 койко-день.

76. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, на 2025 и 2026 годы в среднем составляют:

1) для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию:

- за счет средств областного бюджета на 2025 – 2026 годы – 16 522,20 рубля на 1 вызов, при этом средний норматив финансовых затрат на 1 случай оказания медицинской помощи авиамедицинскими выездными бригадами скорой медицинской помощи при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами (за исключением расходов



на авиационные работы), составляет на 2025 год – 7 881,8 рубля на 1 вызов, на 2026 год – 8 236,5 рубля на 1 вызов;

- за счет средств ОМС на 2025 год – 4 294,14 рубля на 1 вызов, на 2026 год – 4 549,17 рубля на 1 вызов;

2) для первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, за исключением медицинской реабилитации:

2.1) оказываемой с профилактической и иными целями:

- за счет средств областного бюджета (включая расходы на оказание медицинской помощи выездными психиатрическими бригадами) на 2025 год – 610,0 рубля на 1 посещение, на 2026 год – 660,6 рубля на 1 посещение;

- за счет средств ОМС:

для проведения профилактических медицинских осмотров на 2025 год – 2 628,68 рубля на 1 комплексное посещение, на 2026 год – 2 783,27 рубля на 1 комплексное посещение;

для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, на 2025 год – 3 209,47 рубля на 1 комплексное посещение, на 2026 год – 3 398,21 рубля на 1 комплексное посещение, в том числе на 1 комплексное посещение для проведения углубленной диспансеризации на 2025 год – 1 381,58 рубля на 1 комплексное посещение, на 2026 год – 1 462,80 рубля на 1 комплексное посещение;

для посещений с иными целями на 2025 год – 452,72 рубля на 1 посещение, на 2026 год – 479,35 рубля на 1 посещение;

2.2) оказываемой в неотложной форме за счет средств ОМС на 2025 год – 981,35 рубля на 1 посещение, на 2026 год – 1 039,03 рубля на 1 посещение;

2.3) оказываемой в связи с заболеваниями (обращение – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2):

- за счет средств областного бюджета на 2025 год – 1 769,0 рубля на 1 обращение, на 2026 год – 1 915,6 рубля на 1 обращение;

- за счет средств ОМС на 2025 год – 2 195,30 рубля на 1 обращение, на 2026 год – 2 324,37 рубля на 1 обращение, включая нормативы финансовых затрат на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований:

компьютерная томография на 2025 год – 3 430,69 рубля на 1 исследование, на 2026 год – 3 632,36 рубля на 1 исследование;

магнитно-резонансная томография на 2025 год – 4 684,43 рубля на 1 исследование, на 2026 год – 4 959,79 рубля на 1 исследование;

ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы на 2025 год – 692,72 рубля на 1 исследование, на 2026 год – 733,50 рубля на 1 исследование;

эндоскопическое диагностическое исследование на 2025 год – 1 270,31 рубля на 1 исследование, на 2026 год – 1 345,01 рубля на 1 исследование;

молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний на 2025 год – 10 667,78 рубля на 1 исследование,

на 2026 год – 11 294,98 рубля на 1 исследование;

патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии на 2025 год – 2 630,89 рубля на 1 исследование, на 2026 год – 2 785,59 рубля на 1 исследование;

тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на 2025 год – 509,29 рубля на 1 исследование, на 2026 год – 539,24 рубля на 1 исследование;

2.4) оказываемой в связи с диспансерным наблюдением за счет средств ОМС на 2025 год – 2 616,53 рубля на 1 комплексное посещение, на 2026 год – 2 770,35 рубля на 1 комплексное посещение:

- в том числе по поводу онкологических заболеваний на 2025 год – 3 687,16 рубля на 1 комплексное посещение, на 2026 год – 3 903,97 рубля на 1 комплексное посещение;

- в том числе по поводу сахарного диабета на 2025 год – 1 392,08 рубля на 1 комплексное посещение, на 2026 год – 1 473,96 рубля на 1 комплексное посещение;

- в том числе по поводу болезней системы кровообращения на 2025 год – 3 095,55 рубля на 1 комплексное посещение, на 2026 год – 3 277,54 рубля на 1 комплексное посещение;

3) для медицинской помощи в условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь), за исключением медицинской реабилитации:

- за счет средств областного бюджета:

для первичной медико-санитарной помощи на 2025 год – 14 934,4 рубля на 1 случай лечения, на 2026 год – 16 189,0 рубля на 1 случай лечения;

для специализированной медицинской помощи на 2025 год – 19 133,6 рубля на 1 случай лечения, на 2026 год – 20 741,0 рубля на 1 случай лечения;

- за счет средств ОМС:

для первичной медико-санитарной помощи на 2025 год – 21 139,64 рубля на 1 случай лечения, на 2026 год – 22 161,88 рубля на 1 случай лечения;

для специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций), на 2025 год – 40 603,00 рубля на 1 случай лечения, на 2026 год – 42 566,48 рубля на 1 случай лечения;

в том числе по профилю «онкология» в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) на 2025 год – 89 667,88 рубля на 1 случай лечения, на 2026 год – 94 004,01 рубля на 1 случай лечения;

в том числе при экстракорпоральном оплодотворении в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) на 2025 год – 122 607,49 рубля на 1 случай лечения, на 2026 год – 125 304,90 рубля на 1 случай лечения;

в том числе больным с вирусным гепатитом С в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) на 2025 год – 165 569,55 рубля на 1 случай лечения, на 2026 год – 173 576,05 рубля на 1 случай лечения;

4) для специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях, за исключением медицинской реабилитации:

- за счет средств областного бюджета на 2025 год – 110 658,8 рубля на 1 случай госпитализации, на 2026 год – 119 849,5 рубля на 1 случай госпитализации;

- за счет средств ОМС:

в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) на 2025 год – 54 319,59 рубля на 1 случай госпитализации, на 2026 год – 62 010,28 рубля на 1 случай госпитализации;

в том числе по профилю «онкология» в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) на 2025 год – 110 228,50 рубля на 1 случай госпитализации, на 2026 год – 116 249,09 рубля на 1 случай госпитализации;

5) для медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»:

5.1) оказываемой в амбулаторных условиях за счет средств ОМС на 2025 год – 25 367,49 рубля на 1 комплексное посещение, на 2026 год – 26 858,90 рубля на 1 комплексное посещение;

5.2) оказываемой в условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь) за счет средств ОМС в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) на 2025 год – 29 503,94 рубля на 1 случай лечения, на 2026 год – 30 930,72 рубля на 1 случай лечения;

5.3) оказываемой в стационарных условиях (специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь) за счет средств ОМС в медицинских организациях (за исключением федеральных медицинских организаций) на 2025 год – 54 987,56 рубля на 1 случай госпитализации, на 2026 год – 58 075,93 рубля на 1 случай госпитализации;

б) для паллиативной медицинской помощи:

6.1) первичной медицинской помощи, в том числе доврачебной и врачебной, за счет средств областного бюджета:

- без учета посещений на дому выездными патронажными бригадами на 2025 год – 548,3 рубля на 1 посещение, на 2026 год – 593,8 рубля на 1 посещение;

- на дому выездными патронажными бригадами (без учета расходов на оплату социальных услуг, оказываемых социальными работниками, и расходов для предоставления на дому медицинских изделий) на 2025 год – 2 703,0 рубля на 1 посещение, на 2026 год – 2 906,1 рубля на 1 посещение;

6.2) в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода) за счет средств областного

бюджета на 2025 год – 3 248,0 рубля на 1 койко-день, на 2026 год – 3 515,3 рубля на 1 койко-день.

77. Подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Программой (без учета расходов федерального бюджета), в среднем составляют:

1) за счет бюджетных ассигнований областного бюджета (в расчете на 1 жителя) в 2024 году – 5 683,20 рубля, в 2025 году – 6 702,50 рубля, в 2026 году – 6 353,20 рубля;

2) за счет средств ОМС на финансирование территориальной программы ОМС (в расчете на 1 застрахованное лицо) при оказании медицинской помощи медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций) в 2024 году – 19 702,51 рубля, в том числе для оказания медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» – 435,78 рубля, в 2025 году – 21 075,80 рубля, в том числе для оказания медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» – 454,16 рубля, в 2026 году – 22 491,97 рубля, в том числе для оказания медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» – 479,24 рубля.

78. 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 тыс. человек, применяются следующие коэффициенты дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия указанных подразделений и расходов на их содержание и оплату труда персонала: для медицинских организаций, обслуживающих до 20 тыс. человек, – не менее 1,113, для медицинских организаций, обслуживающих свыше 20 тыс. человек, – не менее 1,04.

Для расчета стоимости медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой лицам в возрасте 65 лет и старше, применяется коэффициент

дифференциации для подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц не менее 1,6.

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.

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».

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет на 2024 год:

- 1) для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей, – 1 359,7 тыс. рублей;
- 2) для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 901 до 1500 жителей, – 2 719,3 тыс. рублей;
- 3) для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей, – 3 212,3 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, абортот 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, 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 и 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 Омской области.

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 размера их финансового обеспечения.

79. Структура тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС 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 (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) 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 ОМС.

80. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе ОМС способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

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

2) 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;

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

4) врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Территориальный фонд ОМС Омской области осуществляет ежеквартально мониторинг и анализ уровня оплаты труда медицинских работников медицинских организаций государственной системы здравоохранения Омской области, участвующих в территориальной программе ОМС, в разрезе отдельных специальностей с представлением результатов мониторинга в Федеральный фонд ОМС и информированием Министерства здравоохранения Омской области для принятия необходимых мер по обеспечению должного уровня оплаты труда медицинских работников.

81. Правительство Омской области при решении вопроса об индексации заработной платы медицинских работников медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Омской области, обеспечивает в приоритетном порядке индексацию заработной платы медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и скорую медицинскую помощь.

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

82. При реализации территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС:

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, 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 (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается 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:

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

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

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;

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 с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, 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;

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

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

2) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, 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 соответствующем приложении к федеральной программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

3) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-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 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в соответствующем приложении к федеральной программе, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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).

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, применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к 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 показателей 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 с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, 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 средства 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 ОМС. 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.

83. 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 с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется при наличии в имеющейся у медицинской организации лицензии на медицинскую деятельность указания на соответствующие работы (услуги).

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний в сроки, установленные Программой.