

численностью населения до 50 тысяч человек, применяются коэффициенты дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия указанных подразделений и расходов на их содержание и оплату труда персонала:

для медицинских организаций, обслуживающих до 20 тысяч человек, - не менее 1,113;

для медицинских организаций, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, - не менее 1,04.

Для расчета стоимости медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой лицам в возрасте 65 лет и старше, применяется средний коэффициент дифференциации для подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц не менее 1,6, за исключением подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «Акушерство и гинекология».

При невозможности проведения в 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 "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, утвержденным Минздравом России, составляет в среднем на 2025 год:

для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей, за счет средств обязательного медицинского страхования 1 448,67 тыс. рублей с учетом коэффициента дифференциации 1,004, за счет средств областного бюджета 1 442,9 тыс. рублей (федеральный норматив – 1442,9 тыс. рублей);

для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 901 до 1500 жителей, за счет средств обязательного медицинского страхования 2 897,34 тыс. рублей с учетом коэффициента дифференциации 1,004, за счет средств областного бюджета 2 885,8 тыс. рублей (федеральный норматив – 2885,8 тыс. рублей);

для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей, за счет средств обязательного медицинского страхования 3 444,32 тыс. рублей с учетом коэффициента дифференциации 1,004, за счет средств областного бюджета 3 430,6 тыс. рублей (федеральный норматив - 3430,6 тыс. рублей);

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт,

обслуживающий до 100 жителей, за счет средств областного бюджета – 480,1 тыс. рублей (федеральный норматив не установлен).

В случае оказания медицинской помощи фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). В этом случае размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих до 100 жителей и более 2000 жителей, устанавливается субъектом Российской Федерации 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 г. № 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики", и уровнем средней заработной платы наемных работников в соответствующем регионе.

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

Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию

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

медицинскими организациями:

1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

1.1. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии/позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии / однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее – ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, 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.

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, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования. Возможно также 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.

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

1.2.1. Медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

1.2.2. Медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц.

1.2.3. 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.

1.2.4. 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, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ.

1.2.5. Профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин.

В рамках I этапа углубленной диспансеризации:

1) комплексное посещение, включающее исследования и медицинские вмешательства: измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови);

2) тест с 6-минутной ходьбой - за единицу объема оказания медицинской помощи;

3) определение концентрации Д-димера в крови - за единицу объема оказания медицинской помощи;

4) проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года) - за единицу объема оказания медицинской помощи;

5) прием (осмотр) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики).

В рамках II этапа углубленной диспансеризации:

1) проведение эхокардиографии - за единицу объема медицинской помощи;

2) проведение компьютерной томографии легких - за единицу объема медицинской помощи;

3) дуплексное санирование вен нижних конечностей - за единицу объема медицинской помощи.

Для женщин и мужчин репродуктивного возраста поэтапно в зависимости от возрастных групп одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации организуется проведение диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья (далее - диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин), включающей исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению 10 к Программе. При невозможности проведения всех исследований в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, для проведения указанных исследований медицинским работником медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, осуществляется забор материала для исследования и его направление в установленном порядке в иную медицинскую организацию, в том числе федеральную медицинскую организацию. В случае отсутствия в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, врача акушера-гинеколога, врача-уролога (врача-хирурга, прошедшего подготовку по вопросам репродуктивного здоровья) данная медицинская организация привлекает к проведению диспансеризации соответствующих врачей иных медицинских организаций (в том числе на основе выездных форм их работы) с обязательным информированием гражданина о дате и времени работы этих врачей не менее чем за 3 рабочих дня до назначения даты приема (осмотра).

1.2.6. Диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

1.2.7. Медицинской помощи при ее оказании пациентам с сахарным диабетом в части ведения школ сахарного диабета.

1.2.8. 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):

2.1. 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.

2.2. За прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 9 к Программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

3.2. 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 приложении 9 к Программе, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-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):

4.1. По подушевому нормативу финансирования.

4.2. 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).

В рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при финансовом обеспечении первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи могут выделяться подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилю "акушерство и гинекология" и (или) "стоматология" для оплаты первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи по соответствующим профилям. При этом оплата иной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, на ведение школ для больных сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, в том числе центрами здоровья, медицинской

помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц), осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, рассчитанному с учетом выделения объемов финансового обеспечения оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю "акушерство и гинекология" и (или) "стоматология" в отдельные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц. В подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилям "акушерство и гинекология" и (или) "стоматология" включаются расходы на медицинскую помощь по соответствующим профилям, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

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 этом перераспределение средств обязательного медицинского страхования, предусмотренных на профилактические мероприятия, в счет увеличения размера базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц не допускается.

Распределение объема отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется при наличии в медицинской организации соответствующей лицензии на медицинскую деятельность 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, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний, в сроки,

установленные Программой.

Оплата этих диагностических (лабораторных) исследований производится за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу и не включается в оплату по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к ней лиц.

При этом в одной медицинской организации возможно сочетание способов оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях - по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц и за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу).

За счет подушевого норматива финансирования проводится оплата проведения необходимых лабораторно-диагностических исследований, входящих в порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (за исключением компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ).

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.

Распределение объемов медицинской помощи по проведению экстракорпорального оплодотворения осуществляется для медицинских организаций, выполнивших не менее 100 случаев экстракорпорального оплодотворения за предыдущий год за счет всех источников финансирования.

Страховые медицинские организации проводят экспертизу качества всех случаев экстракорпорального оплодотворения, осуществленных в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, включая оценку его эффективности (факт наступления беременности). Результаты экспертиз направляются страховыми медицинскими организациями в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области и рассматриваются на заседаниях комиссий по разработке Территориальной программы ОМС при решении вопросов о распределении медицинским организациям объемов медицинской помощи по экстракорпоральному оплодотворению.

VIII. Порядок и условия предоставления медицинской помощи

Раздел разработан в соответствии с требованиями федерального законодательства, предъявляемыми к Программе.

8.17. Условия и сроки диспансеризации для отдельных категорий населения, а также профилактических осмотров несовершеннолетних

Проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации отдельных категорий населения Нижегородской области, в том числе несовершеннолетних, организовано в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и министерства здравоохранения Нижегородской области.

8.18. Сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований, а также консультаций врачей-специалистов

Сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей специалистов, составляют:

сроки ожидания приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми не должны превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

сроки ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должны превышать 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

сроки проведения консультаций врачей-специалистов (за исключением подозрения на онкологическое заболевание) не должны превышать 14 рабочих дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;

сроки проведения консультаций врачей-специалистов в случае подозрения на онкологическое заболевание не должны превышать 3 рабочих дней;

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

сроки проведения 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

должны превышать 14 рабочих дней;

сроки проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований в случае подозрения на онкологическое заболевание не должны превышать 7 рабочих дней со дня назначения исследований;

срок установления диспансерного наблюдения врача- онколога за пациентом с выявленным онкологическим заболеванием не должен превышать 3 рабочих дней с момента постановки диагноза онкологического заболевания;

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

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

При расстоянии от отделения (подстанции) скорой медицинской помощи до места нахождения пациента от 20 до 40 километров время доезда может составлять до 40 минут, при расстоянии от 40 до 60 километров время доезда может составлять до 60 минут, при расстоянии свыше 60 км время доезда может составлять до 90 мин.

В условиях гололедицы, снегопадов, неудовлетворительного состояния дорожного покрытия и дорожного движения время доезда до пациента может увеличиваться.

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

При выявлении злокачественного новообразования лечащий врач направляет пациента в специализированную медицинскую организацию (специализированное структурное подразделение медицинской организации), имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности с указанием работ (услуг) по онкологии, для оказания специализированной медицинской помощи в сроки, установленные настоящим разделом.

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

При формировании Программы учтены:

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

особенности половозрастного состава населения субъекта Российской Федерации;

уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанные на данных медицинской статистики;

климатические и географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций;

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

положения региональной программы модернизации первичного звена здравоохранения, в том числе в части обеспечения создаваемой и модернизируемой инфраструктуры медицинских организаций.

IX. Критерии доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы

Критериями доступности и качества медицинской помощи являются:

№ п/п	Наименование показателя	Единица измерения	Целевое значение		
			2025	2026	2027
1	2	3	4	5	6
Критерии доступности медицинской помощи					
1.	Удовлетворенность населения доступностью медицинской помощи, в том числе городского и сельского населения	% от числа опрошенных	49,0	50,0	50,0
1.1.	Удовлетворенность городского населения доступностью медицинской помощи	% от числа опрошенных	49,0	50,0	50,0
1.2.	Удовлетворенность сельского населения доступностью медицинской помощи	% от числа опрошенных	48,5	49,0	49,0
2.	Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на Программу	% от общих расходов на Программу	9,3	9,1	9,1
3.	Доля расходов на оказание	% от общих расходов	2,0	2,0	2,0

	медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на Программу	на Программу			
4.	Доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в федеральных медицинских организациях, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС	% от общего количества пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС	0,05	0,05	0,05
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	% от общего количества посещений по паллиативной медицинской помощи детскому населению	99,8	99,8	99,8
6.	Число пациентов, которым оказана паллиативная медицинская помощь по месту их фактического пребывания за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого указанные пациенты зарегистрированы по месту жительства	единица	1	1	1
7.	Число пациентов, зарегистрированных на территории субъекта Российской Федерации по месту жительства, за оказание паллиативной медицинской помощи которым в медицинских организациях других субъектов Российской Федерации компенсированы затраты на основании межрегионального соглашения	единица	0	0	0
8.	Доля пациентов, страдающих хроническими	% от общего количества пациентов,	80,0	80,0	80,0

	неинфекционными заболеваниями, взятых под диспансерное наблюдение, в общем количестве пациентов, страдающих хроническими инфекционными заболеваниями	страдающих хроническими инфекционными заболеваниями			
9.	Доля пациентов, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания и страдающих хроническими инфекционными заболеваниями, получивших медицинскую помощь в рамках диспансерного наблюдения	% от общего числа пациентов, получивших медицинскую помощь в рамках диспансерного наблюдения	0,27	0,27	0,27
10.	Доля граждан, обеспеченных лекарственными препаратами, в общем количестве льготных категорий граждан	% от общего количества льготных категорий граждан	80,0	85,0	85,0
11.	Доля детей в возрасте от 2 до 17 лет с диагнозом «сахарный диабет», обеспеченных медицинскими изделиями для непрерывного мониторинга уровня глюкозы в крови	% от общего количества детей в возрасте от 2 до 17 лет с диагнозом «сахарный диабет»	85,0	85,0	85,0
Критерии качества медицинской помощи					
12.	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	% от общего количества впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года	Не менее 11,5	Не менее 11,7	Не менее 12,5
13.	Доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года у несовершеннолетних	% от общего количества впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года у несовершеннолетних	2,6	2,6	2,6
14.	Доля впервые выявленных онкологических заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том	% от общего количества впервые в жизни зарегистрированных	31,5	32,0	32,0

	числе в рамках диспансеризации, в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных онкологических заболеваний в течение года	онкологических заболеваний в течение года			
15.	Доля впервые выявленных онкологических заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, от общего количества лиц, прошедших указанные осмотры	% от общего числа пациентов, прошедших профилактические медицинские осмотры, в том числе в рамках диспансеризации	0,42	0,45	0,45
16.	Доля пациентов со злокачественными новообразованиями, взятых под диспансерное наблюдение, в общем количестве пациентов со злокачественными новообразованиями	% от общего количества пациентов со злокачественными новообразованиями	100,0	100,0	100,0
17.	Доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 12 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда	% от общего количества госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда	Не менее 65,0	Не менее 65,0	Не менее 65,0
18.	Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению	% от общего количества пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению	Не менее 90,0	Не менее 90,0	Не менее 90,0
19.	Доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой скорой медицинской помощи проведен тромболитис, в общем количестве пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда,	% от общего количества пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами	Не менее 65,0	Не менее 70,0	Не менее 75,0

	имеющих показания к его проведению, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи	скорой медицинской помощи			
20.	Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия в первые 12 часов от начала заболевания, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к ее проведению	% от общего количества пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к ее проведению	Не менее 40,0	Не менее 45,0	Не менее 45,0
21	Доля работающих граждан, состоящих на учете по поводу хронического неинфекционного заболевания, которым проведено диспансерное наблюдение работающего гражданина в соответствии с Программой	% от общего количества граждан, состоящих на учете по поводу хронического неинфекционного заболевания	70,0	70,0	70,0
22.	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	% от общего количества госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями	Не менее 40,0	Не менее 40,0	Не менее 40,0
23.	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	% от общего количества пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры в первые 6 часов от	Не менее 85,0	Не менее 85,0	Не менее 85,0

	часов от начала заболевания	начала заболевания			
24.	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	% от общего количества пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры	5,0	5,0	10,0
25.	Доля пациентов, получающих обезболивание в рамках оказания паллиативной медицинской помощи, в общем количестве пациентов, нуждающихся в обезболивании при оказании паллиативной медицинской помощи	% от общего количества пациентов, нуждающихся в обезболивании при оказании паллиативной медицинской помощи	100,0	100,0	100,0
26	Доля пациентов, получающих лечебное (энтеральное) питание в рамках оказания паллиативной медицинской помощи, в общем количестве пациентов, нуждающихся в лечебном (энтеральном) питании при оказании паллиативной медицинской помощи	% от общего количества пациентов, нуждающихся в лечебном (энтеральном) питании при оказании паллиативной медицинской помощи	100,0	100,0	100,0
27	Доля лиц репродуктивного возраста, прошедших диспансеризацию для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин (отдельно по мужчинам и женщинам);	% от общего количества лиц прошедших диспансеризацию	32,5	33,0	33,0
27.1	Доля женщин репродуктивного возраста, прошедших диспансеризацию для оценки репродуктивного здоровья	% от общего количества женщин, прошедших диспансеризацию	35,5	36,0	36,0
27.2	Доля мужчин репродуктивного возраста, прошедших диспансеризацию для оценки репродуктивного здоровья	% от общего количества мужчин, прошедших диспансеризацию	21,5	22,0	22,0
28	Доля пациентов, обследованных перед	% от общего количества пациентов,	100,0	100,0	100,0

	проведением вспомогательных репродуктивных технологий в соответствии с критериями качества проведения программ вспомогательных репродуктивных технологий клинических рекомендаций «Женское бесплодие»	нуждающихся в обследовании			
29	Число циклов экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО), выполняемых медицинской организацией в течение одного года		100	100	100
30	Доля случаев ЭКО, по результатам которого у женщины наступила беременность	% от общего количества случаев ЭКО	31,0	31,0	32,0
31	Доля женщин, у которых беременность после применения процедуры ЭКО (циклов с переносом эмбриона) завершилась родами в общем числе женщин, которым были проведены процедуры ЭКО (циклы с переносом эмбриона)	% от общего числа женщин, которым были проведены процедуры ЭКО (циклы с переносом эмбриона)	18,0	18,0	19,0
32.	Количество обоснованных жалоб, в том числе на несоблюдение сроков ожидания оказания и на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках Программы	число жалоб	475	475	475
33	Охват диспансерным наблюдением граждан, состоящих на учете в медицинской организации с диагнозом «бронхиальная астма», процентов в год	% граждан, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего количества зарегистрированных случаев	85,0	85,0	85,0
34	Охват диспансерным наблюдением граждан, состоящих на учете в медицинской организации с диагнозом «хроническая обструктивная болезнь легких», процентов в год	% граждан, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего количества зарегистрированных случаев	75,0	75,0	75,0

35	Доля пациентов с диагнозом «хроническая сердечная недостаточность», находящихся под диспансерным наблюдением, получающих лекарственное обеспечение	% от общего количества пациентов с диагнозом «хроническая сердечная недостаточность», находящихся под диспансерным наблюдением	80,0	80,0	80,0
36	Охват диспансерным наблюдением граждан, состоящих на учете в медицинской организации с диагнозом «гипертоническая болезнь», процентов в год	% граждан, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего количества зарегистрированных случаев	80,0	80,0	80,0
37	Охват диспансерным наблюдением граждан, состоящих на учете в медицинской организации с диагнозом «сахарный диабет», процентов в год	% граждан, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего количества зарегистрированных случаев	98,0	98,0	98,0
38.	Количество пациентов с гепатитом С, получивших противовирусную терапию, на 100 тыс. населения в год	Количество пациентов на 100 тыс. населения в год	31,72	36,09	48,5
39	Доля ветеранов боевых действий, получивших паллиативную медицинскую помощь и (или) лечебное (энтеральное) питание, из числа нуждающихся	% от общего количества пациентов, получивших паллиативную медицинскую помощь и (или) лечебное (энтеральное) питание, из числа нуждающихся	100,0	100,0	100,0
40.	Доля пациентов, прооперированных в течение 2 дней после поступления в стационар по поводу перелома шейки бедра, от всех прооперированных по поводу указанного диагноза	% от общего количества пациентов, прооперированных по поводу перелома шейки бедра	12,0	14,0	16,0
41.	Доля лиц старше 65 лет, которым проведена противопневмококковая вакцинация (13 –валентной и/или 23-валентной вакциной	% от общего количества лиц старше 65 лет	18,0	21,0	27,0

Оценка достижения критериев доступности и качества медицинской помощи осуществляется министерством здравоохранения Нижегородской

области 1 раз в полгода с направлением соответствующих данных в Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Кроме того, министерством здравоохранения Нижегородской области и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Нижегородской области проводится оценка эффективности деятельности медицинских организаций, в том числе расположенных в городской и сельской местности (на основе выполнения функции врачебной должности, показателей использования коечного фонда).

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

1. Расходы, связанные с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, не участвующей в реализации Программы, подлежат возмещению, в том числе:

1.1. При оказании медицинской помощи в экстренной форме застрахованным лицам в рамках базовой программы ОМС за счет средств ОМС по тарифам, установленным Тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования на территории Нижегородской области на соответствующий год.

Возмещение затрат осуществляется на основании договора:

по амбулаторной медицинской помощи и скорой медицинской помощи между медицинской организацией, оказавшей экстренную помощь, и медицинской организацией, к которой прикреплен застрахованный;

по стационарной помощи между медицинской организацией, оказавшей экстренную помощь, и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Нижегородской области.

1.2. При оказании медицинской помощи в экстренной форме незастрахованным лицам или застрахованным лицам медицинской помощи в экстренной форме по видам, не включенным в базовую программу ОМС, за счет бюджетных ассигнований областного бюджета по тарифам, установленным Тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования на территории Нижегородской области на соответствующий год, а также в соответствии с нормативом финансовых затрат за единицу объема медицинской помощи, утвержденным Программой, в соответствии с нормативными правовыми актами Правительства Нижегородской области.

XI. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых в рамках Программы

Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов,

