Приложение к Решению 15-01

**3.Территориальная программа обязательного медицинского страхования на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов.**

3.1. Территориальная программа обязательного медицинского страхования (далее - Программа ОМС) включает в себя перечень заболеваний и видов медицинской помощи, а также перечень медицинских организаций Магаданской области, финансируемых за счет средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Магаданской области.

В рамках Программы ОМС в медицинских организациях Магаданской области гражданам (застрахованным лицам) оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, в следующих страховых случаях:

- инфекционные и паразитарные болезни, за исключением болезней, передающихся половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;

- 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.

В рамках реализации Программы ОМС осуществляются мероприятия по диагностике, лечению и профилактике заболеваний (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения).

**3.2.** В рамках реализации Программы ОМС осуществляется финансовое обеспечение мероприятий по:

- применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях амбулаторно, стационарно и в условиях дневного стационара;

- аудиологическому скринингу;

- диспансерному наблюдению граждан страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, а также лиц страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения;

- диспансеризации и медицинским осмотрам в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, включая взрослое население в возрасте 18 лет и старше, в том числе работающих и неработающих граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, медицинские осмотры, в том числе профилактические медицинские осмотры, в связи с занятиями физической культурой и спортом – несовершеннолетние.

В рамках базовой Программы ОМС высокотехнологичная медицинская помощь оказывается медицинскими организациями в соответствии с [разделом I](consultantplus://offline/ref=7D5550DD06632D25A887CE2733634F7A13FB9F0DC6DDBD9D2A0DC88A98AA55BAF78767B7072ACA14BB7DC1d4cCC) перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, утвержденным приложением к Программе.

Финансовое обеспечение проведения осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, медицинского обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также проведения обязательных диагностических исследований и оказания медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные образовательные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе, в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования, застрахованным лицам осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, не входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования - за счет бюджетных ассигнований областного бюджета.

**3.3.** Медицинская помощь по видам, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказывается застрахованным лицам на территории Российской Федерации, в том числе за пределами субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования.

Медицинская помощь в рамках Программы ОМС оказывается гражданам в порядке и на условиях Территориальной программы государственных гарантий.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинскими организациями, находящимися вне территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляется по видам, включенным в базовую программу, по способам оплаты и тарифам, действующим на территории оказания медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи осуществляется по способам оплаты, установленным территориальной программой государственных гарантий, и тарифам на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, принятых тарифным соглашением.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются тарифным соглашением между уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, представителями страховых медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии со [статьей 76](consultantplus://offline/ref=7D5550DD06632D25A887D02A250F15741BF9C703C8D8B6CF765293D7CFA35FEDB0C83EF54327CC11dBcAC) Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, созданной на территории Магаданской области в установленном порядке.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе обязательного медицинского страхования способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

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

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

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

врачам-специалистам и среднему медицинскому персоналу за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

**3.4.** На территории Магаданской области применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию:

а) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

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

- законченного случая диспансеризации или медицинского осмотра отдельных категорий граждан;

- стоматологическая помощь - по стоимости одной условной единицы трудоемкости (УЕТ);

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

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-профильную группу заболеваний);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

в) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-профильную группу заболеваний):

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-профильную группу заболеваний);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

г) 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), осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

**3.5.** Перечень направлений использования дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

Межбюджетный трансферт из бюджета Магаданской области, передаваемый бюджету ТФ ОМС Магаданской области на дополнительное финансовое обеспечение реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в части базовой программы обязательного медицинского страхования, направляется на оплату медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в соответствии со структурой тарифа, утвержденной частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Программы ОМС в 2018 году, финансируемых за счет средств межбюджетного трансферта из бюджета Магаданской области, передаваемого бюджету Территориального фонда ОМС Магаданской области на дополнительное финансовое обеспечение реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в части базовой программы обязательного медицинского страхования, указан в приложении N 3 к настоящей Территориальной программе.

1. **Средние нормативы объема медицинской помощи**

Средние 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 базовой программе обязательного медицинского страхования - в расчете на 1 застрахованное лицо. Средние нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Программой, и составляют:

а) для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, на 2018 - 2020 годы в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,30 вызова на 1 застрахованное лицо;

в том числе по уровням оказания медицинской помощи:

первый уровень – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,30 вызова на одно застрахованное лицо

б) для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала, а также разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования) в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2017 - 2019 годы - 2,35 посещения на 1 застрахованное лицо;

в том числе по уровням оказания медицинской помощи:

первый уровень – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 2,1355 посещения на одно застрахованное лицо;

второй уровень – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,0097 посещения на одно застрахованное лицо;

третий уровень – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,2048 посещения на одно застрахованное лицо;

в) для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2018 - 2020 годы - 1,98 обращения (законченного случая лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2) на 1 застрахованное лицо;

в том числе по уровням оказания медицинской помощи:

первый уровень – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 1,8916 обращения на одно застрахованное лицо;

второй уровень – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,0392 обращения на одно застрахованное лицо;

третий уровень – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,0492 обращения на одно застрахованное лицо;

г) для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2018 - 2020 годы - 0,56 посещения на 1 застрахованное лицо;

в том числе по уровням оказания медицинской помощи:

первый уровень – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 0,5369 посещения на одно застрахованное лицо;

третий уровень – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 0,0231 посещения на одно застрахованное лицо;

д) для медицинской помощи в условиях дневных стационаров в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2018 - 2020 годы - 0,0721 случая лечения на  застрахованное лицо;

в том числе по уровням оказания медицинской помощи:

первый уровень – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,0469 случая лечения на одно застрахованное лицо;

второй уровень – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,0100 случая лечения на одно застрахованное лицо;

третий уровень – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,0152 случая лечения на одно застрахованное лицо;

е) для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2018 - 2020 годы - 0,21482 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, в том числе:

для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2018 - 2020 годы - 0,13107 койко-дня на 1 застрахованное лицо;

для высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,001736 случая госпитализации на одно застрахованное лицо.

в том числе по уровням оказания медицинской помощи:

первый уровень – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,00398 случая госпитализации на одно застрахованное лицо;

второй уровень – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,13216 случая госпитализации на одно застрахованное лицо, в том числе:

- для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 0,03455 койко-дня на 1 застрахованное лицо;

третий уровень – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,07868 случая госпитализации на одно застрахованное лицо, в том числе:

- для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 0,09652 койко-дня на 1 застрахованное лицо,

- для высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,001736 случая госпитализации на одно застрахованное лицо;

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

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ на 2018 год составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования – 7959,75 рубля;

на 1 посещение с профилактическими и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств обязательного медицинского страхования – 1230,74 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств обязательного медицинского страхования – 3 449,74 рубля;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования – 1 575,67  рубля;

на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств обязательного медицинского страхования – 40 475,24 рубля;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования – 83 411,82 рубля;

на 1 койко-день по медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования – 6 286,08 рубля;

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, на 2019 и 2020 годы составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования – 7 959,75 рубля на 2019 год; 7 959,75 рублей на 2020 год;

на 1 посещение с профилактической и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств обязательного медицинского страхования - 1270,52 рубля на 2019 год; 1312,29 рубля на 2020 год;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств обязательного медицинского страхования – 3558,99 рубля на 2019 год; 3676,05 рублей на 2020 год;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования – 1626,42 рубля на 2019 год; 1679,95 рубля на 2020 год;

на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств обязательного медицинского страхования – 41 345,44 рублей на 2019 год и 43 029,92 рубля на 2020 год;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования – 84 645,19 рубля на 2019 год; 88 157,34 рубля на 2020 год;

на 1 койко-день по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования – 6 542,62 рубля на 2019 год; 6 833,09 рубля на 2020 год;

Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют:

за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в расчете на 1 застрахованное лицо) в 2018 году – 34 158,8 рублей, в 2019 году – 34 831,38 рубля, в 2020 году – 36 079,58 рубля.

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

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

Стоимость утвержденной территориальной программы обязательного медицинского страхования не может превышать размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленный законом субъекта Российской Федерации о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования.