

Приложение

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Правительства
Кировской области
от _____ № _____

ИЗМЕНЕНИЯ

в Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кировской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов

1. Раздел 5 «Нормативы объема медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«5. Нормативы объема медицинской помощи

5.1. Нормативы объема медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания в целом по Территориальной программе рассчитываются в единицах объема в расчете на 1 жителя в год, по Территориальной программе ОМС – в расчете на 1 застрахованное лицо.

В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности, устанавливаются дифференцированные объемы медицинской помощи с учетом использования санитарной авиации, телемедицины и передвижных форм предоставления медицинских услуг.

Нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Территориальной программой, и с учетом особенностей половозрастного состава населения Кировской области составляют:

5.1.1. Для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, на 2015 – 2017 годы – в рамках Территориальной программы ОМС – 0,334 вызова на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 0,318 вызова на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС – 0,016 вызова на 1 застрахованное лицо).

5.1.2. Для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала):

5.1.2.1. На 2015 год – 2,850 посещения на 1 жителя, в рамках Территориальной программы ОМС – 2,462 посещения на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 2,3 посещения на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,162 посещения на 1 застрахованное лицо).

5.1.2.2. На 2016 год – 2,95 посещения на 1 жителя, в рамках Территориальной программы ОМС – 2,512 посещения на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 2,35 посещения на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,162 посещения на 1 застрахованное лицо).

5.1.2.3. На 2017 год – 2,98 посещения на 1 жителя, в рамках Территориальной программы ОМС – 2,542 посещения на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 2,38 посещения на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,162 посещения на 1 застрахованное лицо).

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

5.1.3.1. На 2015 год – 2,15 обращения на 1 жителя, в рамках Территориальной программы ОМС – 2,004 обращения на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 1,950 обращения на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,054 обращения на 1 застрахованное лицо).

5.1.3.2. На 2016 год – 2,181 обращения на 1 жителя, в рамках Территориальной программы ОМС – 2,034 обращения на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 1,98 обращения на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,054 обращения на 1 застрахованное лицо).

5.1.3.3. На 2017 год – 2,180 обращения на 1 жителя, в рамках Территориальной программы ОМС – 2,034 обращения на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 1,98 обращения на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,054 обращения на 1 застрахованное лицо).

5.1.4. Для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы ОМС на 2015 год – 0,50 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2016 год – 0,56 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2017 год – 0,6 посещения на 1 застрахованное лицо.

5.1.5. Для медицинской помощи в условиях дневных стационаров:

5.1.5.1. На 2015 год – 0,675 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках Территориальной программы ОМС – 0,562 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 0,56 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,002 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо).

5.1.5.2. На 2016 год – 0,674 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках Территориальной программы ОМС – 0,562 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 0,56 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,002 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо).

5.1.5.3. На 2017 год – 0,675 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках Территориальной программы ОМС – 0,562 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 0,56 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,002 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо).

5.1.6. Для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях:

5.1.6.1. На 2015 год – 0,194 случая госпитализации (законченного случая лечения в стационарных условиях) на 1 жителя, в рамках Территориальной программы ОМС – 0,174 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 0,173 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,001 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» и реабилитационных отделениях медицинских организаций в рамках базовой программы ОМС – 0,033 койко-дня на 1 застрахованное лицо.

5.1.6.2. На 2016 год – 0,192 случая госпитализации на 1 жителя, в рамках Территориальной программы ОМС – 0,173 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 0,172 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, –

0,001 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» и реабилитационных отделениях медицинских организаций в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,039 койко-дня на 1 застрахованное лицо.

5.1.6.3. На 2017 год – 0,192 случая госпитализации на 1 жителя, в рамках Территориальной программы ОМС – 0,173 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 0,172 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 0,001 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» и реабилитационных отделениях медицинских организаций в рамках базовой программы ОМС – 0,039 койко-дня на 1 застрахованное лицо.

5.1.7. Для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях на 2015 год – 0,01 койко-дня на 1 жителя, на 2016 год – 0,01 койко-дня на 1 жителя, на 2017 год – 0,01 койко-дня на 1 жителя.

5.2. Объем высокотехнологичной медицинской помощи в целом в стационарных условиях в расчете на 1 жителя составляет на 2015 год – 0,0017 случая госпитализации, на 2016 год – 0,0017 случая госпитализации, на 2017 год – 0,0017 случая госпитализации.

5.3. Объем медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам Российской Федерации в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, входящих в базовую программу ОМС, включается в средние нормативы объема амбулаторной и стационарной медицинской помощи и обеспечивается за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых бюджету Кировского

областного территориального фонда обязательного медицинского страхования из областного бюджета.

5.4. Дифференцированные нормативы объема медицинской помощи устанавливаются с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи в рамках подушевого норматива финансового обеспечения Территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо, по видам, формам и условиям оказания медицинской помощи с учетом особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, уровня и структуры заболеваемости населения, а также климатогеографических особенностей регионов.

Распределение объемов медицинской помощи по уровням оказания

Вид медицинской помощи		В рамках Программы				За счет средств ОМС			
		1 уровень	2 уровень	3 уровень	всего	1 уровень	2 уровень	3 уровень	всего
Скорая медицинская помощь		-	-	-	-	249,7	83,3	1,0	334,0
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	посещения с профилактической целью	921,9	1 585,2	343,5	2 850,6	835,0	1 511,0	116,0	2 462,0
	по неотложной помощи	-	-	-	-	197,0	264,0	39,0	500,0
	обращение по поводу заболевания	880,0	1 120,4	149,7	2 150,1	831,0	1 068,0	105,0	2 004,0
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров		295,6	247,8	131,5	674,9	281,8	236,2	44,4	562,4
Медицинская помощь в стационарных условиях		48,8	85,2	59,9	193,9	46,3	81,2	46,4	173,9

Вид медицинской помощи		В рамках базовой программы ОМС				Сверх базовой программы ОМС			
		1 уровень	2 уровень	3 уровень	всего	1 уровень	2 уровень	3 уровень	всего
Скорая медицинская помощь		237,1	80,9	0,0	318,0	12,6	2,4	1,0	16,0
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	посещения с профилактической целью	760,0	1 432,0	108,0	2 300,0	75,0	79,0	8,0	162,0
	по неотложной помощи	197,0	264,0	39,0	500,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	обращение по поводу заболевания	803,0	1 050,0	97,0	1 950,0	28,0	18,0	8,0	54,0
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров		281,8	234,3	43,9	560,0	0,0	1,9	0,5	2,4
Медицинская помощь в стационарных условиях		46,3	80,6	46,1	173,0	0,0	0,6	0,3	0,9».

2. Раздел 6 «Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«6. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи

6.1. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 2015 год составляют:

6.1.1. На 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования – 1782,60 рубля (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 1809,29 рубля, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 1255,36 рубля).

6.1.2. На 1 посещение с профилактической и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств областного бюджета – 371,39 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 359,09 рубля (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 371,36 рубля, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 184,60 рубля).

6.1.3. На 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств областного бюджета – 1077,83 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 1022,66 рубля (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 1040,44 рубля, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 376,64 рубля).

6.1.4. На 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования – 475,36 рубля.

6.1.5. На 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств областного бюджета – 577,47 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 1377,94 рубля (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 1382,70 рубля, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 235,85 рубля).

6.1.6. На 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств областного бюджета – 64 131,50 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования (включая высокотехнологичную медицинскую помощь) – 23 956,40 рубля (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 23 955,45 рубля, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 24 150,78 рубля).

6.1.7. 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 – 1628,58 рубля.

6.1.8. На 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях за счет средств областного бюджета – 1707,32 рубля.

6.2. Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Территориальной программой, на 2016 и 2017 годы составляют:

6.2.1. На 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования – 1872,32 рубля на 2016 год (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 1908,83 рублей, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 1150,93 рубля), 2022,03 рубля на 2017 год (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 2061,94 рублей, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 1233,47 рубля).

6.2.2. На 1 посещение с профилактической и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств областного бюджета – 388,03 рубля на 2016 год, 405,03 рубля на 2017 год, за счет средств обязательного медицинского страхования – 362,78 рубля на 2016 год (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 376,12 рублей, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 168,93 рубля), 393,56 рубля на 2017 год (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 409,13 рублей, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 164,39 рубля).

6.2.3. На 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями

(их структурными подразделениями) за счет средств областного бюджета – 1126,02 рубля на 2016 год, 1174,77 рубля на 2017 год, за счет средств обязательного медицинского страхования – 1079,76 рубля на 2016 год (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 1099,69 рубля, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 344,63 рубля), 1207,36 рубля на 2017 год (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 1227,60 рубля, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 460,47 рубля).

6.2.4. На 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования – 478,43 рубля на 2016 год, 520,43 рубля на 2017 год.

6.2.5. На 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств областного бюджета – 577,56 рубля на 2016 год, 629,45 рубля на 2017 год, за счет средств обязательного медицинского страхования – 1395,24 рубля на 2016 год (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 1400,16 рубля, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 216,98 рубля), 1511,16 рубля на 2017 год (по случаям, установленным базовой программой ОМС, – 1516,33 рубля, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС, – 270,44 рубля).

6.2.6. На 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств областного бюджета – 64055,67 рубля на 2016 год, 69 979,15 рубля на 2017 год, за счет средств обязательного медицинского страхования (включая высокотехнологичную медицинскую помощь) – 25471,84 рубля на 2016 год (по случаям, установленным базовой программой ОМС (включая высокотехнологичную медицинскую помощь) – 25478,34 рубля, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС – 24150,78 рубля), 28705,41 рубля на 2017 год (по случаям, установленным базовой программой ОМС (включая высокотехно-

логичную медицинскую помощь) – 28727,84 рубля, по случаям, определенным в дополнение к установленным базовой программой ОМС – 24150,78 рубля).

6.2.7. 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 – 1717,56 рубля на 2016 год, 1717,56 рублей на 2017 год.

6.2.8. На 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях за счет средств областного бюджета, – 1785,10 рубля в 2016 году, 1861,16 рубля в 2017 году».

3. Раздел 7 «Подушевые нормативы финансирования» изложить в следующей редакции:

«7. Подушевые нормативы финансирования»

Подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Территориальной программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют в 2015 году – 10175,93 рубля, в 2016 году – 10528,46 рубля, в 2017 году – 11718,77 рубля, в том числе:

7.1. За счет средств областного бюджета в 2015 году – 1344,84 рубля, 2016 году – 1209,78 рубля, в 2017 году – 1320,35 рубля.

7.2. За счет средств обязательного медицинского страхования:

7.2.1. На финансирование базовой программы ОМС за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования и прочих доходов бюджета Кировского областного территориального фонда обязательного медицинского страхования в 2015 году – 8739,82 рубля, в 2016 году – 9233,38 рубля, в 2017 году – 10306,19 рубля.

7.2.2. На финансирование дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС, за счет

средств межбюджетных трансфертов из областного бюджета в 2015 году – 91,27 рубля, в 2016 году – 85,30 рубля, в 2017 году – 92,23 рубля».

4. Стоимость Территориальной программы по источникам финансового обеспечения на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов (приложение № 3 к Территориальной программе) изложить в новой редакции согласно приложению № 1.

5. Утвержденную стоимость Территориальной программы по условиям ее предоставления на 2015 год (приложение № 4 к Территориальной программе) изложить в новой редакции согласно приложению № 2.

6. Утвержденную стоимость Территориальной программы по условиям ее предоставления на 2016 год (приложение № 5 к Территориальной программе) изложить в новой редакции согласно приложению № 3.

7. Утвержденную стоимость Территориальной программы по условиям ее предоставления на 2017 год (приложение № 6 к Территориальной программе) изложить в новой редакции согласно приложению № 4.
