

Раздел IV. ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Территориальная программа обязательного медицинского страхования (далее соответственно - ТПОМС, Программа обязательного медицинского страхования) является составной частью Программы.

В рамках ТПОМС:

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, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, при заболеваниях и состояниях, указанных в [разделе III](#) Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения;

осуществляется финансовое обеспечение мероприятий:

1) диспансеризация и профилактические медицинские осмотры отдельных категорий граждан, указанных в [разделе III](#) Программы;

2) медицинская реабилитация в медицинских организациях; медицинская реабилитация на базе санаторно-курортных организаций непосредственно после стационарного лечения следующих заболеваний: острого нарушения мозгового кровообращения, острого инфаркта миокарда, операции на сердце и магистральных сосудах, нестабильной стенокардии; медицинская реабилитация детей в других организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация", участвующих в реализации мероприятий Программы и расположенных на территории Иркутской области;

3) применение вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения в соответствии с законодательством Российской Федерации;

4) лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством Российской Федерации;

5) проведение заместительной почечной терапии методами планового амбулаторного гемодиализа и перитонеального диализа. [Перечень](#) медицинских организаций, оказывающих плановый амбулаторный гемодиализ в рамках ТПОМС, представлен в приложении 4 к Программе. [Перечень](#) медицинских организаций, оказывающих перитонеальный диализ в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, представлен в приложении 5 к Программе;

6) проведение компьютерной томографии, мультиспиральной компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии;

7) замена речевых процессоров детям по истечении 5 лет после установки импланта;

8) аудиологический скрининг.

Страховое обеспечение в соответствии с ТПОМС устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оплата медицинским организациям оказанных медицинских услуг застрахованным гражданам по Программе обязательного медицинского страхования осуществляется по утвержденным тарифам в пределах финансовых объемов предоставления медицинской помощи. Плановые [объемы](#) медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в стационарных условиях, скорой медицинской помощи вне медицинской организации, медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов, в медицинских организациях, участвующих в реализации Программы в 2017 году, установлены на основе применения дифференцированных нормативов объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативов объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо по видам, условиям и формам оказания

медицинской помощи с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, а также уровня медицинской организации в системе организации медицинской помощи области и представлены в приложении 6(1) к Программе. Плановые **объемы** медицинской реабилитации в организациях, участвующих в реализации Программы в 2017 году, представлены в приложении 6(2) к Программе.

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

Программа обязательного медицинского страхования реализуется на основе договоров, заключенных между участниками обязательного медицинского страхования.

Медицинская помощь гражданам, проживающим в Иркутской области, в медицинских организациях, расположенных на территориях иных субъектов Российской Федерации, предоставляется в объеме базовой Программы обязательного медицинского страхования.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Направления расходования средств обязательного медицинского страхования, формирование тарифов на медицинскую помощь, предоставляемую в рамках Программы обязательного медицинского страхования, уровень тарифов на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования, порядок их индексации, а также другие вопросы оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в Иркутской области определяются Тарифным соглашением между министерством здравоохранения Иркутской области, государственным учреждением Территориальный фонд обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области, представителями страховых медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии со **статьей 76** Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), включенными в состав комиссии по разработке ТПОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с принятыми в ТПОМС способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, включая 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 за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

При реализации ТПОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

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 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 (в том числе клинико-статистические группы 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;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы 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;

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 в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

ТПОМС включает нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо (в соответствии с [разделом VI](#) Программы), нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (в том числе по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи) и нормативы финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на 1 застрахованное лицо (в соответствии с [разделом VII](#) Программы), требования к условиям оказания медицинской помощи, критерии доступности и качества медицинской помощи, перечень видов ВМП, который содержит в том числе методы лечения и включает нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи.