



02-254

ГЛАВА АДМИНИСТРАЦИИ ГОРОДА БАЙКОНУР
ПОСТАНОВЛЕНИЕ

27 февраля 2021

№ 659

**О внесении изменений
в Территориальную программу
государственных гарантий
бесплатного оказания
медицинской помощи в городе
Байконур на 2021 год,
утвержденную постановлением
Главы администрации города
Байконур от 15 января 2021 г. № 22**

На основании Соглашения между Российской Федерацией и Республикой Казахстан о статусе города Байконур, порядке формирования и статусе его органов исполнительной власти от 23 декабря 1995 г., постановления Правительства Российской Федерации от 19 ноября 2021 г. № 1979 «О внесении изменений в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», постановления Главы администрации города Байконур от 18 ноября 2021 г. № 560 «О внесении изменений в постановление Главы администрации города Байконур от 30 ноября 2020 г. № 595», с целью уточнения объемов оказания медицинской помощи по диагностическим и лабораторным исследованиям и уточнения объема финансирования Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Байконур на 2021 год, утвержденной постановлением Главы администрации города Байконур от 15 января 2021 г. № 22 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Байконур на 2021 год» (с изменениями) (далее – Постановление № 22),

ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Внести в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Байконур на 2021 год,

утвержденную Постановлением № 22 (далее – Территориальная программа), следующие изменения:

1.1. Раздел IV Территориальной программы изложить в следующей редакции:

« IV. Территориальная программа обязательного медицинского страхования города Байконур

Территориальная программа обязательного медицинского страхования города Байконур (далее – Программа ОМС) является составной частью Территориальной программы.

В рамках Программы ОМС:

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, при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе III Территориальной программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения;

осуществляются профилактические мероприятия, включая диспансеризацию, диспансерное наблюдение (при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе III Территориальной программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения) и профилактические медицинские осмотры граждан, в том числе их отдельных

категорий, указанных в разделе III Территориальной программы, а также мероприятия по медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях амбулаторно, стационарно и в условиях дневного стационара, аудиологическому скринингу, а также применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В случаях установления Правительством Российской Федерации особенностей реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией, реализация Программы ОМС в 2021 году будет осуществляться с учетом таких особенностей.

Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Тарифы на оплату медицинской помощи, за исключением тарифов на оплату специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой при заболеваниях, состояниях (группах заболеваний, состояний) в стационарных условиях и условиях дневного стационара в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти (далее соответственно – специализированная медицинская помощь в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, федеральная медицинская организация) устанавливаются в соответствии со статьей 30 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» Тарифным соглашением, заключаемым между администрацией города Байконур, Отделом здравоохранения города Байконур,

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования города Байконур, страховыми медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы, Общественной организации «Первичная профсоюзная организация комплекса «Байконур» Общественной организации «Общероссийский профессиональный союз работников общего машиностроения», представители которых включены в состав Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования жителей города Байконур, созданной постановлением Главы администрации города Байконур (далее – Комиссия).

Тарифное соглашение формируется на основании решений Комиссии, осуществляющей свою деятельность в соответствии с положением, являющимся приложением к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (с изменениями).

Порядок установления тарифов на оплату специализированной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, оказываемой федеральными медицинскими организациями, изложен в приложении 2 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов.

Требования к структуре и содержанию Тарифного соглашения устанавливаются Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

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

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам подразделения скорой медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Примерный перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, приведен в приложении 3 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов.

В рамках проведения профилактических мероприятий медицинские организации обеспечивают организацию прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе в вечерние часы и субботу, а также предоставляют гражданам возможность дистанционной записи на медицинские исследования.

Профилактические мероприятия организуются в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смертности населения.

Отдел здравоохранения города Байконур размещает на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» www.guzbaikonur@rambler.ru информацию о медицинских организациях, на базе которых граждане могут пройти профилактические медицинские осмотры, включая диспансеризацию.

С 1 июля 2021 г. в дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню, который приведен в приложении 8 к Территориальной программе (далее - углубленная диспансеризация).

Углубленная диспансеризация также может быть проведена по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Перечень медицинских организаций, осуществляющих углубленную диспансеризацию, и порядок их работы размещаются Отделом здравоохранения города Байконур на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» www.guzbaikonur@rambler.ru.

Порядок направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке, устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Медицинские организации, в том числе подведомственные федеральным органам исполнительной власти и имеющие прикрепленный контингент, в соответствии с порядком направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке, формируют перечень граждан, подлежащих углубленной диспансеризации, и направляют его в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур (далее – ТФОМС города Байконур). ТФОМС города Байконур доводит указанные перечни до страховых медицинских организаций, участвующих в Территориальной программе, в которых застрахованы граждане, подлежащие углубленной диспансеризации.

Информирование граждан о возможности пройти углубленную диспансеризацию осуществляется с привлечением страховых медицинских

организаций с использованием единого портала, сети радиотелефонной связи (смс-сообщения) и иных доступных средств связи.

Запись граждан на углубленную диспансеризацию осуществляется в порядке, установленном медицинской организацией.

Медицинские организации организуют прохождение углубленной диспансеризации гражданином из расчета выполнения всех исследований и иных медицинских вмешательств первого этапа углубленной диспансеризации в соответствии с пунктом 1 приложения 8 к Территориальной программе в течение одного дня.

По результатам углубленной диспансеризации в случае выявления у гражданина хронических неинфекционных заболеваний, в том числе связанных с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), гражданин в установленном порядке ставится на диспансерное наблюдение, при наличии показаний ему оказывается соответствующее лечение и медицинская реабилитация в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации, предоставляются лекарственные препараты в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования осуществляет взаимодействие с территориальными фондами обязательного медицинского страхования, в том числе по вопросам осуществления мониторинга прохождения углубленной диспансеризации и ее результатов.

При необходимости для проведения медицинских исследований в рамках прохождения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной, привлекаются медицинские работники медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь.

Оплата труда медицинских работников по проведению профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включая углубленную диспансеризацию, осуществляется в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации с учетом работы за пределами установленной для них продолжительности рабочего времени.

При реализации Программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе

с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи;

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется 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 (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);

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 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 и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, 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 при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, 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 5 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов;

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 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 и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, 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 при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, 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 5 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов;

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.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели установленного объема профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию может применяться способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации включая показатели объема медицинской помощи.

При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного)

материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии.

Распределение объема отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется при наличии в имеющейся у медицинской организации лицензии на медицинскую деятельность указания на соответствующие работы (услуги).

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

В рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования и Программы ОМС осуществляется проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции в случае:

наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе для оценки результатов проводимого лечения;

положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19), полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации).

Программа ОМС включает в себя нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо (в соответствии с разделом VI Территориальной программы), нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (в том числе по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи), нормативы финансового обеспечения Программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо (в соответствии с разделом VII Территориальной программы), в том числе предоставляемые застрахованным лицам за пределами города Байконур, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования. В Программе ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо устанавливаются с учетом структуры заболеваемости в городе Байконур нормативы объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи и норматив финансового обеспечения Территориальной программы.».

1.2. Абзац второй подпункта 2.3 раздела VI Территориальной программы изложить в следующей редакции:

«компьютерная томография – 0,03804 исследования на 1 застрахованное лицо;».

1.3. Абзацы четвертый и пятый подпункта 2.3 раздела VI Территориальной программы изложить в следующей редакции:

«ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы – 0,07955 исследования на 1 застрахованное лицо;

эндоскопическое диагностическое исследование – 0,03233 исследования на 1 застрахованное лицо;».

1.4. Абзац седьмой подпункта 2.3 раздела VI Территориальной программы изложить в следующей редакции:

«патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 0,0162 исследования на 1 застрахованное лицо;».

1.5. Абзац шестой раздела VIII Территориальной программы изложить в следующей редакции:

«компьютерной томографии – 4908,33 тыс. руб.;».

1.6. Абзацы восьмой и девятый раздела VIII Территориальной программы изложить в следующей редакции:

«ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 1857,35 тыс. руб.;

эндоскопического диагностического исследования – 1037,87 тыс. руб.;».

1.7. Абзац одиннадцатый раздела VIII Территориальной программы изложить в следующей редакции:

«патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 1173,56 тыс. руб.;».

1.8. Абзацы восемнадцатый и девятнадцатый раздела VIII Территориальной программы изложить в следующей редакции:

«Затраты на прочие виды медицинских и иных услуг (проведение судебно-медицинской экспертизы, льготное обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения при амбулаторном лечении отдельных категорий граждан) за счет средств бюджета города Байконур составляют 46473,80 тыс. руб.

Таким образом, общая стоимость Территориальной программы составляет 467746,79 тыс. руб., в том числе:».

1.9. Абзац двадцать первый раздела VIII Территориальной программы изложить в следующей редакции:

«за счет средств бюджета города Байконур – 46473,80 тыс. руб.».

1.10. Приложение 1 к Территориальной программе изложить в редакции согласно приложению 1 к настоящему постановлению.

1.11. Приложение 2 к Территориальной программе изложить в редакции согласно приложению 2 к настоящему постановлению.

2. Аппарату Главы администрации города Байконур в установленные сроки организовать опубликование настоящего постановления в газете «Байконур» и на официальном сайте администрации города Байконур www.baikonuradm.ru.

3. Настоящее постановление вступает в силу с даты подписания и распространяется на правоотношения, возникшие с 01 ноября 2021 г.

4. Действие подпункта 1.1 настоящего постановления распространяется на правоотношения, возникшие с 24 ноября 2021 г.

5. Контроль за исполнением настоящего постановления оставляю за собой.

Глава администрации



К.Д. Бусыгин

Приложение 1
к постановлению Главы администрации
города Байконур
от 29 декабря 2021 № 659

Приложение 1
к Территориальной программе

Стоимость Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам города Байконур медицинской помощи по источникам финансового обеспечения (по статьям расходов за счет средств ОМС) на 2021 год

Источники финансового обеспечения Территориальной программы	№ строки	Утвержденная стоимость Территориальной программы на 2021 год	
		Всего (тыс.рублей)	на 1 гражданина (1 застрахованное лицо) в год (руб.)
1	2	3	4
Стоимость территориальной программы государственных гарантий всего (сумма строк 02 + 03), в том числе:	01	467 746,79	17 477,36
I. Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации *	02	46 473,80	1 736,49
II. Стоимость территориальной программы ОМС всего** (сумма строк 04 + 08), в том числе за счет:	03	421 272,99	15 740,87
1. Стоимость территориальной программы ОМС за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы** (сумма строк 05+ 06 + 07) в том числе	04	421 272,99	15 740,87
1.1. субвенции из бюджета ФОМС **	05	421 272,99	15 740,87
1.2. межбюджетные трансферты бюджетов субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в части базовой программы ОМС	06		
1.3. прочие поступления	07	0,00	0,00
2. Межбюджетные трансферты бюджетов субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС, из них:	08		
2.1. Межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение дополнительных видов медицинской помощи.	09		
2.2. Межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение расходов, не включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования	10		

* Без учета бюджетных ассигнований федерального бюджета на оказание отдельным категориям граждан государственной социальной помощи по обеспечению лекарственными препаратами, целевые программы, а также межбюджетных трансфертов (строки 6 и 10)

** Без учета расходов на обеспечение выполнения территориальными фондами обязательного медицинского страхования своих функций, предусмотренных законом о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования по разделу 01 «Общегосударственные вопросы» и расходов на мероприятия по ликвидации кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медицинскую помощь.

Справочно	всего(тыс. руб.)	На 1 застрахованное лицо (руб.)
Расходы на обеспечение выполнения ТФОМС своих функций	26 755,90	999,73

Приложение 2
к постановлению Главы администрации
города Байконур
от 27 декабря 2021 г. № 609

Приложение 2
к Территориальной программе

Утвержденная стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Байконур на 2021 год по условиям ее оказания
(по статьям расходов за счет средств ОМС) на 2021 год

№ строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи на 1 жителя (норматив объемов предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо)	Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи)	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам финансового обеспечения		в % к итогу
				руб.	руб.	за счет средств бюджета г. Байконур	за счет средств ОМС	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
01		X	X	1 736,49	X	46 473,80	X	9,9%
02	ВЫЗОВ				X		X	X
03	выезов				X		X	X
04	выезов				X		X	X
05	посещение с профилактическими и иными целями				X		X	X
06	в том числе посещение по паллиативной медицинской помощи	X	X		X	X	X	X
Д. Медицинская помощь, предоставленная за счет консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации в том числе*; в том числе: Д. скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь, не включенная в территориальную программу ОМС, в том числе не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам скорая медицинская помощь при санитарно-авиационной эвакуации								

1	2	3	4	5	6	7	8	9
07	посещение по плативной медицинской помощи без учета посещения на дому патронажными бригадами				X		X	X
08	посещение на дому выездными патронажными бригадами				X		X	X
09	обращение				X		X	X
10	посещение с профилактическими и иными целями				X		X	X
11	обращение				X		X	X
12	случай госпитализации				X		X	X
13	случай госпитализации				X		X	X
14	случай лечения				X		X	X
15	случай лечения				X		X	X
16	к/день				X		X	X
17		X	X	1 736,49	X	46 473,80	X	X
18	случай госпитализации	X			X		X	X
19		X	X		X		X	X
20		X	X		15 740,87		421 272,99	90,1%
21	вызов	0,2751635	3 473,15	X	955,68	X	25 576,97	X
22.1	профилактических медицинских осмотров	0,26	2 427,52	X	631,16	X	16 891,74	X
22.2	комплексное посещение для проведения диспансеризации	0,19	2 790,53	X	530,20	X	14 189,74	X
22.3	посещение с иными целями	2,203147	396,16	X	872,80	X	23 358,71	X
22.4	помощи, включая***	0,00	X	X	X	X	X	X
22.4.1	посещение по плативной медицинской помощи без учета посещения на дому патронажными бригадами ***	0,00	0,00	X	0,00	X	0,00	X
22.4.2	посещение на дому выездными патронажными бригадами ***	0,00	0,00	X	0,00	X	0,00	X
22.5	посещение по неотложной медицинской помощи	0,512374	859,52	X	440,40	X	11 786,31	X
22.6	обращение	1,696242	1 926,53	X	3 267,86	X	87 457,76	X
22.6.1	КТ	0,03804	4 821,63	X	183,40	X	4 908,33	X
Итого								
строк								
III. Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС:								
скорая медицинская помощь (сумма строк 29+34)								
30.1+35.1								
30.2+35.2								
30.3 +35.3								
35.4								
35.4.1								
35.4.2								
30.4+35.5								
30.5+35.6								
30.5.1+35.6.1								
медицинская помощь в амбулаторных условиях								

1	2	3	4	5	6	7	8	9
	30.5.2+35.6.2	0,01226	5 445,38	X	66,76	X	1 786,70	X
	30.5.3+35.6.3	0,07955	872,45	X	69,40	X	1 857,35	X
	30.5.4+35.6.4	0,03233	1 199,49	X	38,78	X	1 037,87	X
	30.5.5+35.6.5	0,001184	12 646,27	X	14,97	X	400,64	X
	30.5.6+35.6.6	0,0162	2 713,34	X	43,85	X	1 173,56	X
	30.5.7+35.6.7	0,12441	747,52		93,00		2 488,96	
	23	0,15712035	46 190,72	X	7 257,50	X	194 232,53	X
	23.1	0,00037	140 490,50	X	51,98	X	1 391,18	X
	23.2	0,0002	46 790,53	X	9,36	X	250,45	X
	23.3	0,0000	0,00	X	0,00	X	0,00	X
	24	0,05794955	28 341,38	X	1 642,37	X	43 954,75	X
	24.1	0,00112	108 417,41	X	121,43	X	3 249,83	X
	24.2	0,00011	159 652,48	X	17,56	X	469,96	X
	25	X	0,00	X	X	X	X	X
	26	X	X	X	142,90	X	3 824,48	X
	27	X	X	X	X	X	X	X
	28	X	X	X	15 597,97	X	417 448,51	91,3%
	29	0,2751635	3 473,15	X	955,68	X	25 576,97	X
	30.1	0,26	2 427,52	X	631,16	X	16 891,74	X
	30.2	0,19	2 790,53	X	530,20	X	14 189,74	X
	30.3	2,203147	396,16	X	872,80	X	23 358,71	X
	30.4	0,512374	859,52	X	440,40	X	11 786,31	X
	Сумма							
	- специализированная медицинская помощь в стационарных условиях без ФГУ (сумма строк 31.1-36) в том числе:							
	- медицинская помощь по профилю "Онкология" (сумма строк 31.1+36.1)							
	- медицинская реабилитация в стационарных условиях (сумма строк 31.2 + 36.2)							
	- высокотехнологичная медицинская помощь (сумма строк 31.3+36.3)							
	- медицинская помощь в условиях дневного стационара без ФГУ (сумма строк 32-37), в том числе:							
	- медицинская помощь по профилю "Онкология" (сумма строк 32.1+37.1)							
	- при экстракорпоральном оплодотворении (сумма строк 32.2+37.2)							
	- паллиативная медицинская помощь *** (равно строке 38)							
	- затраты на ведение дела СМО							
	- иные расходы (равно строке 39)							
	из строки 20:							
	Медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам							
	- скорая медицинская помощь							

1	2	3	4	5	6	7	8	9
	обращение	1,696242	1 926,53	X	3 267,86	X	87 457,76	X
30.5.1	КТ	0,03804	4 821,63	X	183,40	X	4 908,33	X
30.5.2	МРТ	0,01226	5 445,38	X	66,76	X	1 786,70	X
30.5.3	УЗИ сердечно-сосудистой системы	0,07955	872,45	X	69,40	X	1 857,35	X
30.5.4	эндоскопическое диагностическое исследование	0,03233	1 199,49	X	38,78	X	1 037,87	X
30.5.5	молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний	0,001184	12 646,27	X	14,97	X	400,64	X
30.5.6	патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	0,0162	2 713,34	X	43,85	X	1 173,56	X
30.5.7	тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	0,12441	747,52	X	93,00	X	2 488,96	X
31	случай госпитализации	0,15712035	46 190,72	X	7 257,50	X	194 232,53	X
31.1	случай госпитализации	0,00037	140 490,50	X	51,98	X	1 391,18	X
31.2	случай госпитализации	0,00002	46 790,53	X	9,36	X	250,45	X
31.3	случай госпитализации	0,00	0,00	X	0,00	X	0,00	X
32	случай лечения	0,05794955	28 341,38	X	1 642,37	X	43 954,75	X
32.1	случай лечения	0,00112	108 417,41	X	121,43	X	3 249,83	X
32.2	случай	0,00011	159 652,48	X	17,56	X	469,96	X
34	ВЫЗОВ	X	X	X	X	X	X	X
35.1	комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров	X	X	X	X	X	X	X
35.2	комплексное посещение для проведения диспансеризации	X	X	X	X	X	X	X
35.3	посещение с иными целями	X	X	X	X	X	X	X
- медицинская помощь в амбулаторных условиях								
- специализированная медицинская помощь в стационарных условиях без ФГУ, в том числе								
медицинская помощь по профилю "Онкология"								
медицинская реабилитация в стационарных условиях								
высокотехнологичная медицинская помощь								
- медицинская помощь в условиях дневного стационара без ФГУ, в том числе								
медицинская помощь по профилю "Онкология"								
при экстракорпоральном оплодотворении								
2. Медицинская помощь по видам и заболеваниям сверх базовой программы:								
- скорая медицинская помощь								

1	2	3	4	5	6	7	8	9
	в том числе посещение по паллиативной медицинской помощи	X	X	X	X	X	X	X
35.4	посещение по паллиативной медицинской помощи без учета посещения на дому патронажными бригадами							
35.4.1	посещение на дому выездными патронажными бригадами			X		X		X
35.4.2	посещение по неотложной медицинской помощи			X		X		X
35.5	обращений			X		X		X
35.5.1	КТ			X		X		X
35.5.2	МРТ			X		X		X
35.5.3	УЗИ сердечно-сосудистой системы			X		X		X
35.5.4	эндоскопическое диагностическое исследование			X		X		X
35.5.5	молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний			X		X		X
35.5.6	патоморфологическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии			X		X		X
35.5.7	тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)			X		X		X
36	случай госпитализации			X		X		X
36.1	случай госпитализации			X		X		X
36.2	случай госпитализации			X		X		X
36.3	случай госпитализации			X		X		X
37	случай лечения			X		X		X
37.1	случай лечения			X		X		X
37.2	случай			X		X		X
38	к / день			X		X		X
39		X	X	X		X		X
	- специализированная медицинская помощь в стационарных условиях без ФГУ, в том числе							
	медицинская помощь по профилю "Онкология"							
	медицинская реабилитация в стационарных условиях							
	высокотехнологичная медицинская помощь							
	- медицинская помощь в условиях дневного стационара без ФГУ, в том числе							
	медицинская помощь по профилю "Онкология"							
	при экстракорпоральном оплодотворении							
	- паллиативная медицинская помощь							
	- иные расходы							

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
- иные расходы	39		X	X	X		X		X
Итого (сумма строк 01+19+20)	40		X	X	1 736,49	15 740,87	46 473,80	421 272,99	100,0%

* без учета финансовых средств консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на приобретение оборудования для медицинских организаций, работающих в системе ОМС (заплаты, не вошедшие в тариф).

** указываются расходы консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на приобретение медицинского оборудования для медицинских организаций, работающих в системе ОМС сверх ТПОМС

*** в случае включения паллиативной медицинской помощи в территориальную программу ОМС с соответствующими платежами плательщиком субъекта РФ