**Постановление Правительства РФ от 28 декабря 2020 г. N 2299 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов" (с изменениями и дополнениями)**

**Постановление Правительства РФ от 28 декабря 2020 г. N 2299
"О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов"**

**С изменениями и дополнениями от:**

11 марта, 18 июня, 28 августа, 19 ноября 2021 г.

См. [справку](https://base.garant.ru/77467107/) "Коронавирус COVID-19"

В целях обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на бесплатное оказание медицинской помощи Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемую [Программу](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_1000) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов.

2. Министерству здравоохранения Российской Федерации:

а) внести в установленном порядке в Правительство Российской Федерации:

до 1 июля 2021 г. - доклад о реализации в 2020 году [Программы](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_1000) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов;

до 1 октября 2021 г. - проект программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов;

б) совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) давать [разъяснения](https://base.garant.ru/400265345/#block_1000) по следующим вопросам:

формирование и экономическое обоснование территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, включая подходы к определению дифференцированных нормативов объема медицинской помощи, в том числе формирование и экономическое обоснование территориальных программ обязательного медицинского страхования;

особенности оплаты специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителя в отношении которых осуществляет Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

в) осуществлять мониторинг формирования, экономического обоснования и оценку реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, в том числе совместно с Фондом - указанные мониторинг и оценку территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Пункт 3 изменен с 1 сентября 2021 г. - [Постановление](https://base.garant.ru/402678676/6b74f72b69c38cef8b5ccc27928de7bf/#block_101) Правительства России от 28 августа 2021 г. N 1436

Изменения [распространяются](https://base.garant.ru/402678676/6b74f72b69c38cef8b5ccc27928de7bf/#block_31) на правоотношения, возникшие с 1 января 2021 г.

[См. предыдущую редакцию](https://ivo.garant.ru/#/document/77313416/block/3)

3. Установить, что до распределения объемов предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, между медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти в порядке, утвержденном Правительством Российской Федерации в соответствии с [частью 32](https://base.garant.ru/12180688/5cb260c13bb77991855d9c76f8d1d4c8/#block_3532) статьи 35 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее соответственно - федеральная медицинская организация, переходный период), федеральная медицинская организация, направившая в установленном законодательством Российской Федерации порядке заявку на распределение ей объемов предоставления специализированной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и включенная Фондом в единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, осуществляет оказание указанной медицинской помощи при заболеваниях, состояниях (группе заболеваний, состояний), приведенных в [приложениях N 1](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_10000) и [3](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_30000) к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов.

В течение переходного периода:

финансовое обеспечение федеральных медицинских организаций, заключивших с Фондом договоры на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, осуществляется Фондом путем предоставления авансов в размере:

одной двенадцатой объема финансового обеспечения, полученного федеральной медицинской организацией в 2019 году за оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, с учетом индексации указанного объема финансового обеспечения с применением индексов, используемых при формировании [федеральных законов](https://base.garant.ru/5226755/) о бюджете Фонда на очередной финансовый год и плановый период (на 2020 год и на 2021 год) - для федеральных медицинских организаций, осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в первом полугодии 2019 г.;

одной двенадцатой от расчетного заявляемого федеральной медицинской организацией объема финансового обеспечения оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, приведенного в заявке, направленной федеральной медицинской организацией в соответствии с [частью 22](https://base.garant.ru/12180688/36bfb7176e3e8bfebe718035887e4efc/#block_1522) статьи 15 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", скорректированного на коэффициент 0,8, - для федеральных медицинских организаций, не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в первом полугодии 2019 г.

Федеральные медицинские организации обеспечивают направление в Фонд информации об оказании ими специализированной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в сроки, по [формам](http://ivo.garant.ru/#/multilink/400165890/paragraph/16/number/0:0) и в [порядке](http://ivo.garant.ru/#/multilink/400165890/paragraph/16/number/1:0), которые установлены Фондом в соответствии с [Федеральным законом](https://base.garant.ru/12180688/e88847e78ccd9fdb54482c7fa15982bf/#block_724) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

До распределения в соответствии с порядком распределения объемов предоставления медицинской помощи между федеральными медицинскими организациями в договорах на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, заключаемых в соответствии с законодательством Российской Федерации между федеральной медицинской организацией и Фондом, указывается в расчете на первое полугодие 2021 г.:

фактический объем оказанной в рамках обязательного медицинского страхования специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи за первое полугодие 2019 г. - для федеральных медицинских организаций, осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в первом полугодии 2019 г.;

расчетный заявленный федеральной медицинской организацией объем предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, приведенный в заявке, направленной федеральной медицинской организацией в соответствии с [частью 22](https://base.garant.ru/12180688/36bfb7176e3e8bfebe718035887e4efc/#block_1522) статьи 15 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", скорректированный на коэффициент 0,4, - для федеральных медицинских организаций, не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в первом полугодии 2019 г.

При формировании, распределении и утверждении объемов предоставления специализированной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2021 год учитываются объемы оказанной в течение переходного периода федеральными медицинскими организациями специализированной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на дату утверждения распределения.

Оплата специализированной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, оказанной федеральными медицинскими организациями, в том числе в течение переходного периода, осуществляется Фондом после распределения указанным федеральным медицинским организациям объемов предоставления медицинской помощи на основании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, представленных федеральными медицинскими организациями, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования с учетом сумм авансов, предоставленных федеральным медицинским организациям в течение переходного периода.

Пункт 4 изменен с 15 марта 2021 г. - [Постановление](https://base.garant.ru/400445627/853927955776384bcdf878accecd90a0/#block_1001) Правительства России от 11 марта 2021 г. N 354

Изменения [распространяются](https://base.garant.ru/400445627/853927955776384bcdf878accecd90a0/#block_2) на правоотношения, возникшие с 1 января 2021 г.

[См. предыдущую редакцию](https://ivo.garant.ru/#/document/77704521/block/4)

4. Установить, что в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией, со дня установления решением высшего должностного лица субъекта Российской Федерации (руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) на территории субъекта Российской Федерации ограничительных мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и до дня их отмены финансовое обеспечение расходов страховых медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, может осуществляться в порядке ежемесячного авансирования оплаты медицинской помощи в размере до одной двенадцатой объема годового финансового обеспечения предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, распределенного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, без учета фактического выполнения объемов предоставления медицинской помощи.

5. Рекомендовать органам государственной власти субъектов Российской Федерации утвердить до 30 декабря 2020 г. территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов.

|  |  |
| --- | --- |
| Председатель ПравительстваРоссийской Федерации | М. Мишустин |

**УТВЕРЖДЕНА**[**постановлением**](https://base.garant.ru/400165890/)**Правительства
Российской Федерации
от 28 декабря 2020 г. N 2299**

**Программа
государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов**

**С изменениями и дополнениями от:**

11 марта, 18 июня, 28 августа, 19 ноября 2021 г.

См. [Программу](https://base.garant.ru/403335795/d748c125ab02fcaf4046a555749bbea3/#block_1000) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 гг., утвержденную [постановлением](https://base.garant.ru/403335795/) Правительства РФ от 28 декабря 2021 г. N 2505

**I. Общие положения**

В соответствии с [Федеральным законом](https://base.garant.ru/12191967/) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов (далее - Программа) устанавливает перечень видов, форм и условий предоставления медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, базовую программу обязательного медицинского страхования, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

Программа формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании (далее соответственно - территориальная программа обязательного медицинского страхования, территориальная программа).

В соответствии с [Конституцией](https://base.garant.ru/10103000/) Российской Федерации в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации находится координация вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью. Органы местного самоуправления в соответствии с [Федеральным законом](https://base.garant.ru/12191967/) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обеспечивают в пределах своей компетенции доступность медицинской помощи.

Высшие исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления при решении вопроса об индексации заработной платы медицинских работников медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления, обеспечивают в приоритетном порядке индексацию заработной платы медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и скорую медицинскую помощь.

Индексация заработной платы осуществляется с учетом фактически сложившегося уровня отношения средней заработной платы медицинских работников к среднемесячной начисленной заработной плате работников в организациях, у индивидуальных предпринимателей и физических лиц (среднемесячному доходу от трудовой деятельности) по субъекту Российской Федерации.

При формировании территориальной программы учитываются порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, особенности половозрастного состава населения, уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанные на данных медицинской статистики, а также климатические, географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций.

В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, Правительство Российской Федерации вправе установить особенности реализации базовой программы обязательного медицинского страхования.

**II. Перечень видов, форм и условий предоставления медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно**

В рамках Программы (за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации) бесплатно предоставляются:

первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная медицинская помощь;

специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;

скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;

паллиативная медицинская помощь, в том числе паллиативная первичная медицинская помощь, включая доврачебную и врачебную медицинскую помощь, а также паллиативная специализированная медицинская помощь.

Понятие "медицинская организация" используется в Программе в значении, определенном в федеральных законах ["Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](https://base.garant.ru/12191967/) и ["Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"](https://base.garant.ru/12180688/).

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара в плановой и неотложной формах.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

Специализированная медицинская помощь оказывается бесплатно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащим в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, согласно [приложению N 1](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_10000) (далее - перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи).

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения бесплатно.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

Паллиативная медицинская помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в условиях дневного стационара и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

Медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляют взаимодействие с родственниками и иными членами семьи пациента или законным представителем пациента, лицами, осуществляющими уход за пациентом, добровольцами (волонтерами), а также организациями социального обслуживания, религиозными организациями и организациями, указанными в [части 2 статьи 6](https://base.garant.ru/12191967/8b7b3c1c76e91f88d33c08b3736aa67a/#block_620) Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в том числе в целях предоставления такому пациенту социальных услуг, мер социальной защиты (поддержки) в соответствии с законодательством Российской Федерации, мер психологической поддержки и духовной помощи.

Медицинская организация, к которой пациент прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи, организует оказание ему паллиативной первичной медицинской помощи медицинскими работниками, включая медицинских работников фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий и иных подразделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, во взаимодействии с выездными патронажными бригадами медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, и во взаимодействии с медицинскими организациями, оказывающими паллиативную специализированную медицинскую помощь.

Медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, в том числе паллиативную, в случае выявления пациента, нуждающегося в паллиативной первичной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому, за 3 дня до осуществления выписки указанного пациента из медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь, в том числе паллиативную, в стационарных условиях и условиях дневного стационара, информируют о нем медицинскую организацию, к которой такой пациент прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи, или близлежащую к месту его пребывания медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь.

За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации такие медицинские организации и их подразделения обеспечиваются медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому по перечню, утвержденному Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также необходимыми лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами, используемыми при посещениях на дому.

В целях обеспечения пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь, наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации вправе в соответствии с законодательством Российской Федерации в случае наличия потребности организовать изготовление в аптечных организациях наркотических лекарственных препаратов и психотропных лекарственных препаратов в неинвазивных лекарственных формах, в том числе применяемых у детей.

Мероприятия по развитию паллиативной медицинской помощи осуществляются в рамках реализации соответствующих государственных программ субъектов Российской Федерации, включающих указанные мероприятия, а также целевые показатели их результативности.

В целях оказания гражданам, находящимся в стационарных организациях социального обслуживания, медицинской помощи органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья организуется взаимодействие стационарных организаций социального обслуживания с близлежащими медицинскими организациями.

В отношении лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования с привлечением близлежащих медицинских организаций проводится диспансеризация, а при наличии хронических заболеваний - диспансерное наблюдение в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

При выявлении в рамках диспансеризации и диспансерного наблюдения показаний к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи лица, находящиеся в стационарных организациях социального обслуживания, переводятся в специализированные медицинские организации в сроки, установленные настоящей Программой.

В отношении лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, а также в условиях сопровождаемого проживания, включая совместное проживание таких лиц в отдельных жилых помещениях, за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации проводится диспансерное наблюдение медицинскими организациями, оказывающими первичную специализированную медико-санитарную помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения, во взаимодействии с врачами-психиатрами стационарных организаций социального обслуживания в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Для лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения, проживающих в сельской местности, рабочих поселках и поселках городского типа, организация медицинской помощи, в том числе по профилю "психиатрия", осуществляется во взаимодействии медицинских работников, включая медицинских работников фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий и отделений (центров, кабинетов) общей врачебной практики, с медицинскими организациями, оказывающими первичную специализированную медико-санитарную помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе силами выездных психиатрических бригад, в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

При организации медицинскими организациями, оказывающими первичную специализированную медико-санитарную помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения, медицинской помощи лицам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, проживающим в сельской местности, рабочих поселках и поселках городского типа, осуществляется лекарственное обеспечение таких пациентов, в том числе доставка лекарственных препаратов по месту жительства.

Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

плановая - медицинская помощь, оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

При оказании в рамках реализации Программы первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, условиях дневного стационара и при посещениях на дому осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения и медицинскими изделиями, включенными в утвержденные Правительством Российской Федерации соответственно перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, а также медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи в соответствии с перечнем, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Порядок передачи медицинской организацией пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Раздел III изменен с 1 сентября 2021 г. - [Постановление](https://base.garant.ru/402678676/6b74f72b69c38cef8b5ccc27928de7bf/#block_1021) Правительства России от 28 августа 2021 г. N 1436

[См. предыдущую редакцию](https://ivo.garant.ru/#/document/77313416/block/1300)

**III. Перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, и категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно**

Гражданин имеет право на бесплатное получение медицинской помощи по видам, формам и условиям ее оказания в соответствии с [разделом II](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_1200) Программы при следующих заболеваниях и состояниях:

инфекционные и паразитарные болезни;

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;

психические расстройства и расстройства поведения;

симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям.

Гражданин имеет право не реже одного раза в год на бесплатный профилактический медицинский осмотр, в том числе в рамках диспансеризации.

В соответствии с законодательством Российской Федерации отдельные категории граждан имеют право:

на обеспечение лекарственными препаратами (в соответствии с [разделом V](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_1500) Программы);

на профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию - определенные группы взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), включающие работающих и неработающих граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме;

на медицинские осмотры, в том числе профилактические медицинские осмотры, в связи с занятиями физической культурой и спортом - несовершеннолетние граждане;

на диспансеризацию - пребывающие в стационарных организациях дети-сироты и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, а также дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, в том числе усыновленные (удочеренные), принятые под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью;

на диспансерное наблюдение - граждане, страдающие социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, а также лица, страдающие хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами и иными состояниями;

на пренатальную (дородовую) диагностику нарушений развития ребенка - беременные женщины;

на неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний - новорожденные дети;

на аудиологический скрининг - новорожденные дети и дети первого года жизни.

Беременные женщины, обратившиеся в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю "акушерство и гинекология" в амбулаторных условиях, имеют право на получение правовой, психологической и медико-социальной помощи, в том числе по профилактике прерывания беременности.

С 2021 года дополнительно к объемам медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Программы, [осуществляется](http://ivo.garant.ru/#/multilink/400165890/paragraph/109/number/0:0) дополнительное финансовое обеспечение оказания медицинской помощи (при необходимости за пределами Российской Федерации) детям, страдающим тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, включая обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, в том числе не зарегистрированными в Российской Федерации, а также техническими средствами реабилитации, не включенными в федеральный перечень реабилитационных мероприятий и услуг, предоставляемых инвалиду.

Пациентам в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет, первичная специализированная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь могут быть оказаны в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям по профилю "детская онкология", в случаях и при соблюдении условий, установленных порядком оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Раздел IV изменен с 1 сентября 2021 г. - [Постановление](https://base.garant.ru/402678676/6b74f72b69c38cef8b5ccc27928de7bf/#block_1022) Правительства России от 28 августа 2021 г. N 1436

Изменения в [абзац сороковой](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_40) и [сорок третий](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_43) настоящего раздела [распространяются](https://base.garant.ru/402678676/6b74f72b69c38cef8b5ccc27928de7bf/#block_31) на правоотношения, возникшие с 1 января 2021 г.

[См. предыдущую редакцию](https://ivo.garant.ru/#/document/77313416/block/1400)

**IV. Базовая программа обязательного медицинского страхования**

Базовая программа обязательного медицинского страхования является составной частью Программы.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования:

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](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_1300) 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](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_1300) 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 Программы, мероприятия по медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях амбулаторно, стационарно и в условиях дневного стационара, аудиологическому скринингу, а также по 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 базовой программы обязательного медицинского страхования 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](https://base.garant.ru/12180688/) "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 - федеральные медицинские организации, специализированная медицинская помощь в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования), устанавливаются в соответствии со [статьей 30](https://base.garant.ru/12180688/7d6bbe1829627ce93319dc72963759a2/#block_30) Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" тарифным соглашением, заключаемым между уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со [статьей 76](https://base.garant.ru/12191967/ef67419dbaa01e4d228acc1d3cf42314/#block_76) Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), представители которых включаются в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, создаваемой в субъекте Российской Федерации в установленном порядке.

При формировании тарифов на оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, субъекты Российской Федерации вправе применять порядок согласно [приложению N 2](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_20000).

В субъекте Российской Федерации 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 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам, 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.

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 N 3](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_30000).

В рамках проведения профилактических мероприятий органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья с учетом установленных Правительством Российской Федерации особенностей реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией, 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.

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья размещают на своих официальных сайтах в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" 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 N 4](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_14000) (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:

в отношении медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъекта Российской Федерации, - органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья на его официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", а также на едином портале государственных и муниципальных услуг (функций) (далее - единый портал);

в отношении федеральных медицинских организаций - федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции и полномочия учредителя медицинской организации, на его официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", а также на едином портале.

[Порядок](https://base.garant.ru/401444234/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/#block_1000) 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. Территориальные фонды обязательного медицинского страхования доводят указанные перечни до страховых медицинских организаций, 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 установленном порядке, в том числе с использованием единого портала.

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](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_14001) приложения N 4 к 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, могут привлекаться 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 территориальной программы обязательного медицинского страхования 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, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) 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, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) 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 N 5](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_15000);

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 N 5](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_15000) к настоящей Программе;

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](https://base.garant.ru/12191967/) "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, а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

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 Программой.

В рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования и территориальных программ обязательного медицинского страхования 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).

Субъекты Российской Федерации вправе установить в рамках реализации территориальных программ дополнительный перечень случаев, при которых проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, включая проведение указанных исследований в случае обследования в эпидемических очагах (бытовых и (или) семейных) застрахованных граждан, контактировавших с больным новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Порядок установления тарифов на оплату специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования предусматривается [приложением N 2](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_20000) к Программе.

Федеральная медицинская организация вправе оказывать первичную медико-санитарную помощь и скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования. Федеральные медицинские организации вправе оказывать специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования в случае распределения им объемов предоставления медицинской помощи в соответствии с [частью 10 статьи 36](https://base.garant.ru/12180688/d83dadc1d9eb82a4be83885f2efeee52/#block_3610) Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам, получающим специализированную медицинскую помощь в плановой форме в федеральной медицинской организации, осуществляется безотлагательно и оплачивается по тарифам, порядок установления которых предусматривается [приложением N 2](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_20000) к Программе, в соответствии с примерным перечнем, предусмотренным [приложением N 3](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_30000) к Программе.

В случае выявления у пациента, которому оказывается специализированная медицинская помощь в федеральной медицинской организации, иного заболевания в стадии декомпенсации, не позволяющего оказать ему медицинскую помощь в плановой форме в этой федеральной медицинской организации, или заболевания, требующего медицинского наблюдения в условиях круглосуточного стационара, не позволяющего оказать ему медицинскую помощь в плановой форме в этой федеральной медицинской организации, и при отсутствии у федеральной медицинской организации возможности оказать пациенту необходимую медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования пациент переводится в иную медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по соответствующему профилю.

Базовая программа обязательного медицинского страхования включает:

нормативы объемов предоставления медицинской помощи, в том числе специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара, оказываемой федеральными медицинскими организациями, в расчете на 1 застрахованное лицо (в соответствии с [разделом VI](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_1600) Программы);

нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (в том числе по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи), включая нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара, оказываемой федеральными медицинскими организациями, а также нормативы финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на 1 застрахованное лицо, в том числе на оказание медицинской помощи федеральными медицинскими организациями (в соответствии с [разделом VII](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_1700) Программы);

требования к территориальным программам и условия оказания медицинской помощи (в соответствии с [разделом VIII](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_1800) Программы);

критерии доступности и качества медицинской помощи (в соответствии с [разделом IX](https://base.garant.ru/400165890/6c14ce6fa6895afc269361ac1e51f189/#block_1900) Программы).

В территориальной программе обязательного медицинского страхования в расчете на 1 застрахованное лицо устанавливаются с учетом структуры заболеваемости в субъекте Российской Федерации нормативы объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи и норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Нормативы объема предоставления медицинской помощи, за исключением специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями, включают нормативы объема предоставления медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

При установлении территориальной программой обязательного медицинского страхования перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования территориальная программа обязательного медицинского страхования должна включать в себя также значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, значение норматива финансового обеспечения в расчете на 1 застрахованное лицо, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, и условия оказания медицинской помощи в таких медицинских организациях.