



Решение

ПРАВИТЕЛЬСТВО РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ

АЛТАЙ РЕСПУБЛИКАНЫНГ БАШКАРУЗЫ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

ЖӨП

от 24 декабря 2015 года № 442

г. Горно-Алтайск

ЗМ: Арапов А.А.
Томасову А.

28.12.15

О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год

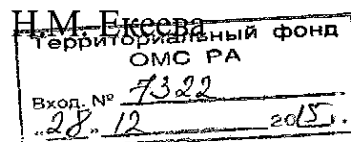
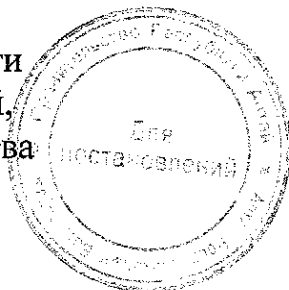
В соответствии со статьей 81 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 года № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на 2016 год», подпунктом 4 пункта 1 статьи 3 Закона Республики Алтай от 14 мая 2008 года № 48-РЗ «О полномочиях органов государственной власти Республики Алтай в области охраны здоровья граждан» Правительство Республики Алтай **постановляет**:

1. Утвердить прилагаемую Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на 2016 год на территории Республики Алтай.

2. Стоимость Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на 2016 год на территории Республики Алтай составляет 3711,2 млн. рублей, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования 3294,56 млн. рублей.

3. Страховой взнос на обязательное медицинское страхование на неработающее население Республики Алтай утвердить в размере 1410,7 млн. рублей.

Исполняющий обязанности
Главы Республики Алтай,
Председателя Правительства
Республики Алтай



УТВЕРЖДЕНА
постановлением Правительства
Республики Алтай
от 24 декабря 2015 года № 442

**ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
государственных гарантий бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи на 2016 год на территории Республики Алтай**

I. Общие положения

1. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год на территории Республики Алтай (далее - Территориальная программа) устанавливает:

перечень видов, форм и условий 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;

нормативы объема медицинской помощи;

нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;

подушевые нормативы финансирования;

порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты;

порядок и условия предоставления медицинской помощи;

критерии доступности и качества медицинской помощи.

2. Территориальная программа сформирована с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Республики Алтай, основанных на данных медицинской статистики.

3. Территориальная программа включает территориальную программу обязательного медицинского страхования, установленную в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

4. Разграничение оказания бесплатной медицинской помощи гражданам и платных медицинских услуг (работ) осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 года № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных

медицинских услуг» и обеспечивается, в том числе, соблюдением установленных Территориальной программой сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановой форме.

5. При оказании медицинской помощи лицам, проживающим в других субъектах Российской Федерации, по видам и условиям, не включенным в территориальную программу обязательного медицинского страхования, субъекты Российской Федерации вправе осуществлять взаимные расчеты в виде межбюджетных отношений на основании заключенных соглашений.

6. В Территориальную программу могут вноситься изменения и дополнения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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

7. В рамках Территориальной программы (за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации) бесплатно предоставляются:

- 1) первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная;
- 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- 4) паллиативная медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями.

Понятие «медицинская организация» используется в Территориальной программе в значении, определенном в федеральных законах «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

8. 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.

9. 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.

10. 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 геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки 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, который приведен в приложении к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на 2016 год» Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи включает два раздела:

Раздел I – перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования;

Раздел II – перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств, предоставляемых федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в виде иных межбюджетных трансфертов в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в соответствии с Положением об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской

помощи, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2014 года № 796н и Правилами организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2014 года № 930н.

11. 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 системы здравоохранения бесплатно.

Время доезда до пациента бригад скорой помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента ее вызова.

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, послеродовый 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.

При проведении массовых мероприятий (праздничных, спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств организаторов указанных мероприятий, по договорам возмездного оказания медицинских услуг с медицинскими организациями.

12. Паллиативная медицинская помощь оказывается бесплатно в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи, и представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

13. 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.

14. Медицинская помощь в экстренной форме, оказанная застрахованным лицам в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях и состояниях, входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования, медицинскими организациями государственной и частной систем здравоохранения финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования при условии их включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по тарифам на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Медицинская помощь в экстренной форме, оказанная не застрахованным лицам и не идентифицированным в системе обязательного медицинского страхования гражданам при заболеваниях и состояниях, входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования, медицинскими организациями государственной системы здравоохранения, включенными в перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы, финансируется за счет бюджетных ассигнований республиканского бюджета Республики Алтай (далее – республиканский бюджет).

15. Допускается присутствие одного из родителей или законного представителя при оказании медицинской помощи несовершеннолетним детям. В случае оказания медицинской помощи в отсутствие родителей или законного представителя, врач обеспечивает данных лиц исчерпывающей информацией о состоянии здоровья ребенка и оказанной медицинской помощи.

16. В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации Территориальной программы сформирована и развивается трехуровневая система организации медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Алтай от 30 января 2015 года № 10 «Об утверждении трехуровневой системы оказания медицинской помощи в Республике Алтай»:

1 уровень - оказание преимущественно первичной медико-санитарной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи, а также

специализированной медицинской помощи и скорой медицинской помощи;

2 уровень - оказание преимущественно специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своей структуре специализированные межмуниципальные (межрайонные) отделения и (или) центры, а также в диспансерах, многопрофильных больницах;

3 уровень - оказание преимущественно специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях.

Распределение по уровням медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным, осуществляется в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н.

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

17. Гражданам медицинская помощь оказывается бесплатно 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.

18. В соответствии с законодательством Российской Федерации отдельным категориям граждан осуществляются:

обеспечение лекарственными препаратами (в соответствии с разделом V Территориальной программы);

профилактические медицинские осмотры и диспансеризация определенных групп взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), в том числе работающих и неработающих граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме;

медицинские осмотры несовершеннолетних, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них;

диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний и аудиологический скрининг.

IV. Территориальная программа обязательного медицинского страхования

19. Территориальная программа обязательного медицинского страхования является составной частью Территориальной программы.

В рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в части базовой программы обязательного медицинского страхования:

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, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств и расстройств поведения;

осуществляются мероприятия по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан,

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

20. 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».

21. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются тарифным соглашением между Министерством здравоохранения Республики Алтай, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Алтай, представителями страховых медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии со статьей 76 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, созданной в установленном порядке.

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

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

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

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

23. Структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию включает в себя расходы на заработную плату, в

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

24. Применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Республике Алтай:

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

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

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за 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);

2) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний (КСГ));

3) 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);

4) 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.

25. Территориальная программа обязательного медицинского страхования включает 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) и нормативы финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на 1 застрахованное лицо (в соответствии с разделом VII Территориальной программы), порядок и условия оказания медицинской помощи (в соответствии с разделом VIII Территориальной программы), критерии доступности и качества медицинской помощи (в соответствии с разделом IX Территориальной программы).

26. Территориальная программа обязательного медицинского страхования устанавливает дополнительно перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования (сверх базовая программа), и включает в себя также значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, значение норматива финансового обеспечения в расчете на одно 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, условия оказания медицинской помощи в таких медицинских организациях.

V. Финансовое обеспечение Территориальной программы

27. Источниками финансового обеспечения Территориальной программы являются средства федерального бюджета, республиканского бюджета и средства обязательного медицинского страхования.

28. За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования:

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 раздел I перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, 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 финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан, указанных в разделе III Территориальной программы, медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях, а также по применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

29. За счет субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, в соответствии с разделом I перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи.

30. За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

1) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, при заболеваниях, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройствах и расстройствах поведения, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную базовой программой обязательного медицинского страхования);

2) медицинской эвакуации, осуществляемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации;

3) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, в том числе предоставление дополнительных видов и объемов медицинской помощи, предусмотренных законодательством Российской Федерации, населению закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного

медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную базовой программой обязательного медицинского страхования);

4) медицинской помощи, предусмотренной федеральными законами для определенных категорий граждан, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти;

5) лечения граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации, направленных в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации;

6) санаторно-курортного лечения отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации;

7) закупки лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством Российской Федерации, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных препаратов, сформированному в установленном порядке и утверждаемому Правительством Российской Федерации;

8) предоставления в установленном порядке бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура субвенций на оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан в виде набора социальных услуг в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов в соответствии с пунктом 1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»;

9) мероприятий в рамках национального календаря профилактических прививок в рамках подпрограммы «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»;

10) дополнительных мероприятий, установленных в соответствии с законодательством Российской Федерации;

11) медицинской деятельности, связанной с донорством органов и (или) тканей человека в целях трансплантации (пересадки);

12) высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств, направляемых в федеральный бюджет

в 2016 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в виде иных межбюджетных трансфертов в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год и предоставляемых:

федеральным органам исполнительной власти на финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи в подведомственных им медицинских организациях, включенных в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации;

Министерству здравоохранения Российской Федерации на софинансирование расходов, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи медицинскими организациями, подведомственными исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

31. За счет бюджетных ассигнований республиканского бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

1) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в части медицинской помощи, не включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования, не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам, специализированной санитарно-авиационной эвакуации, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальной программе обязательного медицинского страхования;

2) первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в части медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в территориальную программу обязательного медицинского страхования (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические медицинские осмотры обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ), а также в части расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальной программе обязательного медицинского страхования;

3) паллиативной медицинской помощи, оказываемой амбулаторно, в том числе выездными патронажными службами, и стационарно, в том числе в хосписах и на койках сестринского ухода;

4) высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи.

32. За счет бюджетных ассигнований республиканского бюджета осуществляется:

1) обеспечение граждан зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности;

2) обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия в соответствии с законодательством Российской Федерации отпускаются по рецептам врачей бесплатно;

3) обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой;

4) пренатальная (дородовая диагностика) нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций.

33. В рамках Территориальной программы за счет бюджетных ассигнований республиканского бюджета и средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение проведения осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, а также проведения обязательных диагностических исследований и оказания медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные образовательные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности к военной или приравненной к ней службе.

34. Кроме того, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, республиканского бюджета в установленном порядке оказывается

медицинская помощь и предоставляются иные государственные услуги (работы) в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, медицинских организациях Республики Алтай соответственно, за исключением видов медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования, в лепрозориях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, центрах профилактики и борьбы со СПИДом, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах охраны здоровья семьи и репродукции, медико-генетических центрах (консультациях), центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования), центрах профессиональной патологии, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро, медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, в центрах крови, на станциях переливания крови, в домах ребенка, включая специализированные, молочных кухнях и прочих медицинских организациях, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в специализированных медицинских организациях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ), а также расходов медицинских организаций, в том числе на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря).

35. За счет бюджетных ассигнований республиканского бюджета может осуществляться финансовое обеспечение зубного протезирования отдельным категориям граждан. При этом расходы на эти цели, а также расходы государственных медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, на проведение капитального ремонта, строительство и реконструкцию медицинских организаций, подготовку проектно-сметной документации не включаются в подушевой норматив финансирования за счет бюджетных ассигнований республиканского бюджета, предусмотренные разделом VII Территориальной программы.

36. Оплата диспансеризации и профилактических медицинских осмотров осуществляется по законченному случаю с учетом этапов проведения (комплексное посещение). При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования оплата диспансеризации и

профилактических медицинских осмотров выделяется из подушевого норматива.

37. Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центрах здоровья гражданам, не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

38. За счет средств обязательного медицинского страхования оплачивается первичная медико-санитарная помощь, оказанная, в том числе:

медицинскими работниками со средним медицинским образованием, ведущими самостоятельный прием;

врачами и медицинскими работниками со средним медицинским образованием в медицинских кабинетах и здравпунктах образовательных организаций.

39. Направление пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) осуществляется комиссией Министерства здравоохранения Республики Алтай в медицинские организации, находящиеся за пределами Республики Алтай. При направлении пациента для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС пациенту предоставляется перечень медицинских организаций, выполняющих процедуру ЭКО из числа участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования. Оплата медицинских услуг при проведении процедуры ЭКО в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется по межтерриториальным расчетам в соответствии с тарифами, установленными в субъектах Российской Федерации.

VI. Нормативы объема медицинской помощи

40. Нормативы объема медицинской помощи по ее видам и условиям в целом по Территориальной программе определяются в единицах объема в расчете на 1 жителя в год, по территориальной программе обязательного медицинского страхования в расчете на 1 застрахованное лицо. Нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Территориальной программой, и на 2016 год составляют:

1) для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 0,260 вызова на 1 застрахованное лицо, в рамках сверх базовой программы обязательного медицинского страхования 0,004 вызова на 1 застрахованное лицо;

2) для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, профилактическими осмотрами

отдельных категорий граждан, патронажем, с другими обстоятельствами, посещения среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием, разовые посещения в связи с заболеванием) в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 2,350 посещения на 1 застрахованное лицо, сверх базовой программы обязательного медицинского страхования 0,400 посещения на 1 застрахованное лицо, за счет средств республиканского бюджета 0,200 посещения на 1 жителя;

3) для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями (законченного случая лечения в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2), в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 1,98 обращения на 1 застрахованное лицо, сверх базовой программы обязательного медицинского страхования 0,05 обращения на 1 застрахованное лицо, за счет средств республиканского бюджета 0,150 обращения на 1 жителя;

4) для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 0,224 посещения на 1 застрахованное лицо;

5) для медицинской помощи в условиях дневных стационаров в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 0,061 случая лечения на 1 застрахованное лицо, за счет средств республиканского бюджета 0,003 случая лечения на 1 жителя;

6) для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях 0,192 случая госпитализации (законченного случая лечения в стационарных условиях) на 1 застрахованное лицо, сверх базовой программы обязательного медицинского страхования 0,001 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 0,039 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, за счет республиканского бюджета 0,009 случая госпитализации на 1 жителя;

Объем высокотехнологичной медицинской помощи в целом по Территориальной программе в расчете на 1 жителя составляет 0,004 случая госпитализации, в том числе по базовой программе обязательного медицинского страхования – 0,0036 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо;

7) для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях за счет средств республиканского бюджета 0,005 койко-дня на 1 жителя.

41. На основе перераспределения объемов медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания установлены дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом этапов оказания

медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности медицинских организаций, а также климатических и географических особенностей региона на 2016 год составляют:

1) дифференцированный норматив объемов скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, для медицинских организаций I уровня за счет средств обязательного медицинского страхования составляет 0,144 вызова на 1 застрахованное лицо, II уровня 0,411 вызова на 1 застрахованное лицо;

2) дифференцированный норматив объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями, для медицинских организаций I уровня за счет средств обязательного медицинского страхования составляет 6,123 посещения на 1 застрахованное лицо, II уровня 2,262 посещения на 1 застрахованное лицо, III уровня 1,190 посещения на 1 застрахованное лицо. За счет средств республиканского бюджета для медицинских организаций II уровня составляет 0,200 посещения на 1 жителя;

3) дифференцированный норматив объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеванием, для медицинских организаций I уровня за счет средств обязательного медицинского страхования составляет 1,290 обращения на 1 застрахованное лицо, II уровня 0,557 обращения на 1 застрахованное лицо, III уровня 0,084 обращения на 1 застрахованное лицо. За счет средств республиканского бюджета для медицинских организаций II уровня составляет 0,150 обращения на 1 жителя;

4) дифференцированный норматив объемов медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, для медицинских организаций I уровня за счет средств обязательного медицинского страхования составляет 0,0534 случая лечения на 1 застрахованное лицо, II уровня 0,0173 случая лечения на 1 застрахованное лицо, III уровня 0,0064 случая лечения на 1 застрахованное лицо. За счет средств республиканского бюджета для медицинских организаций II уровня составляет – 0,003 случая лечения на 1 жителя;

5) дифференцированный норматив объемов медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, за счет средств обязательного медицинского страхования для медицинских организаций I уровня составляет 0,081 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, II уровня – 0,061 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, III уровня – 0,064 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо. За счет республиканского бюджета для медицинских организаций II уровня составляет 0,009 случая госпитализации на 1 жителя;

42. Объем медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических

заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования, включается в нормативы объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований республиканского бюджета.

VII. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования

43. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Территориальной программой, на 2016 год составляют:

1) на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета 20 786,1 рублей, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 2 944,87 рубля, сверх базовой программы обязательного медицинского страхования 1001,4 рублей;

2) на 1 посещение с профилактической и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств республиканского бюджета 52,35 рубля, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 604,41 рубля, сверх базовой программы обязательного медицинского страхования 117,83 рублей;

3) на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств республиканского бюджета - 564,75 рубля, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 1693,43 рубля, сверх базовой программы обязательного медицинского страхования 905,68 рублей;

4) на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования 773,75 рубля;

5) на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств республиканского бюджета 10207,47 рублей, за счет средств обязательного медицинского страхования 19259,55 рублей;

6) на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств обязательного медицинского страхования 129818,8 рублей;

7) на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств республиканского бюджета 46813,72 рублей, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 38443,78 рубля, в том числе:

на 1 койко-день по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю

«Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования 2650,84 рублей;

на 1 случай госпитализации для высокотехнологичной медицинской помощи 121722,76 рубля;

8) на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств республиканского бюджета 2732,9 рубля.

Финансирование медицинских организаций на обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, осуществляется в пределах межбюджетных трансфертов, передаваемых из республиканского бюджета Республики Алтай. Расходование средств медицинскими организациями осуществляется по полному тарифу.

44. Подушевые нормативы финансирования установлены исходя из нормативов, предусмотренных разделом VI и настоящим разделом Территориальной программы, с учетом соответствующих коэффициентов дифференциации, рассчитанных в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

Подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Территориальной программой (без учета расходов федерального бюджета), в 2016 году составляют за счет бюджетных ассигнований республиканского бюджета (в расчете на 1 жителя) – 16 620,85 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в расчете на 1 застрахованное лицо) – 14 219,55 рублей.

45. Норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования превышает установленный норматив финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в связи с установлением перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования (т.е. сверх базовой программы обязательного медицинского страхования). Финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляется за счет платежей из республиканского бюджета, уплачиваемых в бюджет Территориального

фонда обязательного медицинского страхования Республики Алтай, в размере разницы между нормативом финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования и нормативом финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования с учетом численности застрахованных лиц на территории Республики Алтай (межбюджетных трансфертов из республиканского бюджета, передаваемых Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Республики Алтай на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования).

46. Стоимость утвержденной территориальной программы обязательного медицинского страхования не превышает размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленный Законом Республики Алтай «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Алтай на 2016 год».

Стоимость Территориальной программы по источникам финансового обеспечения на 2016 год установлена в Приложении № 1 к Территориальной программе.

Стоимость Территориальной программы по условиям ее оказания на 2016 год установлена в Приложении № 2 к Территориальной программе.

VIII. Порядок и условия оказания медицинской помощи

8.1. Условия реализации установленного законодательством Российской Федерации права на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача)

47. При оказании медицинской помощи в рамках Территориальной программы граждане имеют право на выбор медицинской организации в соответствии со статьей 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 года № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

48. Выбор врача и медицинской организации военнослужащими и лицами, приравненными по медицинскому обеспечению к военнослужащим, гражданами, проходящими альтернативную гражданскую службу, гражданами, подлежащими призыву на военную службу или направляемыми на альтернативную гражданскую службу, и гражданами, поступающими на

военную службу по контракту или приравненную к ней службу, а также задержанными, заключенными под стражу, отбывающими наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, осуществляется с учетом особенностей оказания медицинской помощи, установленных статьями 25 и 26 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

49. Для получения медицинской помощи граждане имеют право на выбор врача, в том числе лечащего врача, с учетом согласия врача в соответствии с законодательством Российской Федерации.

При выборе врача и медицинской организации гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме, в том числе размещенной в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации.

50. Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача терапевта-участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

51. При отсутствии заявления о выборе медицинской организации, о выборе врача или фельдшера гражданин прикрепляется к медицинской организации, врачу или фельдшеру по территориально-участковому принципу.

52. При оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях:

1) осуществляется предварительная запись на прием к врачу, в том числе по телефону, самозаписи и в электронной форме с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;

2) объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяется лечащим врачом с учетом порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

3) консультации врачей-специалистов осуществляются по направлению участкового врача (врача общей практики).

За пациентом остается право обращения за консультацией к врачу-специалисту по собственной инициативе, без направления при неудовлетворенности результатами лечения участкового врача (врача общей практики). Условия консультативного приема те же, что и планового амбулаторного приема;

4) обеспечивается наличие доступной для пациента информации о консультативных приемах, которые он может получить при необходимости.

53. В стационаре на дому пациенту предоставляется транспорт для транспортировки в медицинскую организацию с целью проведения необходимых диагностических исследований, проведение которых на дому невозможно.

54. Первичная специализированная медико-санитарная помощь осуществляется:

1) по направлению врача-терапевта участкового, врача педиатра-участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста;

2) в случае самостоятельного обращения гражданина в медицинскую организацию, в том числе организацию, выбранную им, с учетом порядков оказания медицинской помощи.

55. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случае если в реализации Территориальной программы принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных настоящей Территориальной программой.

56. Выбор медицинской организации при оказании пациенту специализированной медицинской помощи в плановой форме за пределами субъекта Российской Федерации, в котором проживает пациент, осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи».

57. В случае требования пациента о замене лечащего врача (за исключением случаев оказания специализированной медицинской помощи) пациент обращается к руководителю медицинской организации (ее подразделения) с заявлением в письменной форме, в котором указываются причины замены лечащего врача.

Руководитель медицинской организации (ее подразделения) в течение трех рабочих дней со дня получения заявления информирует пациента в письменной или устной форме (посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о врачах соответствующей специальности и сроках оказания медицинской помощи указанными врачами.

На основании информации, представленной руководителем

медицинской организации (ее подразделения), пациент осуществляет выбор врача.

58. В случае требования пациента о замене лечащего врача при оказании специализированной медицинской помощи пациент обращается к руководителю соответствующего подразделения медицинской организации с заявлением в письменной форме, в котором указываются причины замены лечащего врача.

Руководитель подразделения медицинской организации в течение трех рабочих дней со дня получения заявления информирует пациента в письменной форме или устной форме о врачах соответствующей специальности, работающих в подразделении медицинской организации.

На основании информации, представленной руководителем подразделения медицинской организации, пациент осуществляет выбор врача.

59. Возложение функций лечащего врача на врача соответствующей специальности осуществляется с учетом его согласия.

8.2. Порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, находящихся на территории Республики Алтай

60. В соответствии с настоящим Порядком предоставляется внеочередное оказание медицинской помощи в медицинских организациях Республики Алтай в рамках Территориальной программы следующим категориям граждан:

- 1) инвалиды войны;
- 2) участники Великой Отечественной войны;
- 3) ветераны боевых действий;
- 4) военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входившие в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 г. по 3 сентября 1945 г. не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;
- 5) лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»;
- 6) лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог;
- 7) нетрудоспособные члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, состоявшие на их иждивении и получающие пенсию по случаю потери кормильца (имеющие право на ее получение);

8) граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие чернобыльской катастрофы и приравненные к ним категории граждан:

а) граждане, получившие или перенесшие лучевую болезнь и другие заболевания, связанные с радиационным воздействием вследствие чернобыльской катастрофы или с работами по ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС;

б) инвалиды вследствие чернобыльской катастрофы из числа:

граждан (в том числе временно направленных или командированных), принимавших участие в ликвидации последствий катастрофы в пределах зоны отчуждения или занятых на эксплуатации или других работах на Чернобыльской АЭС;

военнослужащих и военнообязанных, призванных на специальные сборы и привлеченных к выполнению работ, связанных с ликвидацией последствий чернобыльской катастрофы, независимо от места дислокации и выполнявшихся работ, а также лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, Государственной противопожарной службы, проходивших (проходящих) службу в зоне отчуждения;

граждан, эвакуированных из зоны отчуждения и переселенных из зоны отселения либо выехавших в добровольном порядке из указанных зон после принятия решения об эвакуации;

граждан, отдавших костный мозг для спасения жизни людей, пострадавших вследствие чернобыльской катастрофы, независимо от времени, прошедшего с момента трансплантации костного мозга, и времени развития у них в этой связи инвалидности;

в) граждане (в том числе временно направленные или командированные), принимавшие в 1986 - 1987 годах участие в работах по ликвидации последствий чернобыльской катастрофы в пределах зоны отчуждения или занятые в этот период на работах, связанных с эвакуацией населения, материальных ценностей, сельскохозяйственных животных, и на эксплуатации или других работах на Чернобыльской АЭС; военнослужащие и военнообязанные, призванные на специальные сборы и привлеченные в этот период для выполнения работ, связанных с ликвидацией последствий чернобыльской катастрофы в пределах зоны отчуждения, включая летно-подъемный, инженерно-технический составы гражданской авиации, независимо от места дислокации и выполнявшихся работ; лица начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, проходившие в 1986 - 1987 годах службу в зоне отчуждения; граждане, в том числе военнослужащие и военнообязанные, призванные на военные сборы и принимавшие участие в 1988 - 1990 годах в работах по объекту «Укрытие»; младший и средний медицинский персонал, врачи и другие работники лечебных учреждений (за исключением лиц, чья профессиональная деятельность связана с работой с любыми видами источников ионизирующих излучений в условиях радиационной обстановки на их рабочем месте, соответствующей профилю проводимой работы), получившие

сверхнормативные дозы облучения при оказании медицинской помощи и обслуживании в период с 26 апреля по 30 июня 1986 года лиц, пострадавших в результате чернойбыльской катастрофы и являвшихся источником ионизирующих излучений;

г) граждане (в том числе временно направленные или командированные), принимавшие в 1988 - 1990 годах участие в работах по ликвидации последствий чернойбыльской катастрофы в пределах зоны отчуждения или занятые в этот период на эксплуатации или других работах на Чернойбыльской АЭС; военнослужащие и военнообязанные, призванные на специальные сборы и привлеченные в эти годы к выполнению работ, связанных с ликвидацией последствий чернойбыльской катастрофы, независимо от места дислокации и выполнявшихся работ, а также лица начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, проходившие в 1988 - 1990 годах службу в зоне отчуждения;

д) рабочие и служащие, а также военнослужащие, лица начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, Государственной противопожарной службы, получившие профессиональные заболевания, связанные с лучевым воздействием на работах в зоне отчуждения;

е) граждане, эвакуированные (в том числе выехавшие добровольно) в 1986 году из зоны отчуждения или переселенные (переселяемые), в том числе выехавшие добровольно, из зоны отселения в 1986 году и в последующие годы, включая детей, в том числе детей, которые в момент эвакуации находились (находятся) в состоянии внутриутробного развития;

ж) граждане, выехавшие добровольно на новое место жительства из зоны проживания с правом на отселение в 1986 году и в последующие годы;

з) дети и подростки, страдающие болезнями вследствие чернойбыльской катастрофы или обусловленными генетическими последствиями радиоактивного облучения одного из родителей;

и) граждане из подразделений особого риска - лица из числа военнослужащих и вольнонаемного состава Вооруженных Сил СССР, войск и органов Комитета государственной безопасности СССР, внутренних войск, железнодорожных войск и других воинских формирований, лица начальствующего и рядового состава органов внутренних дел:

непосредственные участники испытаний ядерного оружия в атмосфере, боевых радиоактивных веществ и учений с применением такого оружия до даты фактического прекращения таких испытаний и учений;

непосредственные участники подземных испытаний ядерного оружия в условиях нештатных радиационных ситуаций и действия других поражающих факторов ядерного оружия;

непосредственные участники ликвидации радиационных аварий на ядерных установках надводных и подводных кораблей и других военных объектах;

личный состав отдельных подразделений по сборке ядерных зарядов из

числа военнослужащих;

непосредственные участники подземных испытаний ядерного оружия, проведения и обеспечения работ по сбору и захоронению радиоактивных веществ;

й) граждане, подвергшиеся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне и получившие суммарную (накопленную) эффективную дозу облучения, превышающую 25 сЗв (бэр);

к) граждане (в том числе временно направленные или командированные), включая военнослужащих и военнообязанных, призванные на специальные сборы, лица начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, органов государственной безопасности, органов гражданской обороны, принимавшие в 1957 - 1958 годах непосредственное участие в работах по ликвидации последствий аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк», а также граждане, включая военнослужащих и военнообязанных, призванные на специальные сборы, лица начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, органов государственной безопасности, органов гражданской обороны, занятые на работах по проведению защитных мероприятий и реабилитации радиоактивно загрязненных территорий вдоль реки Теча в 1949 - 1956 годах;

л) граждане (в том числе временно направленные или командированные), включая военнослужащих и военнообязанных, призванные на специальные сборы, лица начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, органов государственной безопасности, органов гражданской обороны, принимавшие в 1959 - 1961 годах непосредственное участие в работах по ликвидации последствий аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк», а также граждане, включая военнослужащих и военнообязанных, призванные на специальные сборы, лица начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, органов государственной безопасности, органов гражданской обороны, занятые на работах по проведению защитных мероприятий и реабилитации радиоактивно загрязненных территорий вдоль реки Теча в 1957 - 1962 годах;

м) граждане, эвакуированные (переселенные), а также добровольно выехавшие из населенных пунктов (в том числе эвакуированные (переселенные) в пределах населенных пунктов, где эвакуация (переселение) производилась частично), подвергшиеся радиоактивному загрязнению вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча, включая детей, в том числе детей, которые в момент эвакуации (переселения) находились в состоянии внутриутробного развития, а также военнослужащие, вольнонаемный состав войсковых частей и спецконтингент, эвакуированные в 1957 году из зоны радиоактивного загрязнения;

н) граждане, проживающие в населенных пунктах, подвергшихся радиоактивному загрязнению вследствие аварии в 1957 году на

производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча, где средняя годовая эффективная доза облучения составляет в настоящее время свыше 1 мЗв (0,1 бэр) (дополнительно над уровнем естественного радиационного фона для данной местности), и ставшие инвалидами вследствие воздействия радиации или получившие лучевую болезнь, другие заболевания, включенные в перечень заболеваний, возникновение или обострение которых обусловлены воздействием радиации вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча;

о) граждане, проживавшие в 1949 - 1956 годах в населенных пунктах, подвергшихся радиоактивному загрязнению вследствие сбросов радиоактивных отходов в реку Теча, и получившие накопленную эффективную дозу облучения свыше 35 сЗв (бэр), ставшие инвалидами вследствие воздействия радиации или получившие лучевую болезнь, другие заболевания, включенные в перечень заболеваний, возникновение или обострение которых обусловлены воздействием радиации вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча;

п) граждане, проживавшие в 1949 - 1956 годах в населенных пунктах, подвергшихся радиоактивному загрязнению вследствие сбросов радиоактивных отходов в реку Теча, и получившие накопленную эффективную дозу облучения свыше 7 сЗв (бэр), но не более 35 сЗв (бэр), ставшие инвалидами вследствие воздействия радиации или получившие лучевую болезнь, другие заболевания, включенные в перечень заболеваний, возникновение или обострение которых обусловлены воздействием радиации вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча;

р) граждане, добровольно выехавшие на новое место жительства из населенных пунктов, подвергшихся радиоактивному загрязнению вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча, где средняя годовая эффективная доза облучения составляет в настоящее время свыше 1 мЗв (0,1 бэр) (дополнительно над уровнем естественного радиационного фона для данной местности), и ставшие инвалидами вследствие воздействия радиации или получившие лучевую болезнь, другие заболевания, включенные в перечень заболеваний, возникновение или обострение которых обусловлены воздействием радиации вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча.;

9) Герои Советского Союза, Герои Российской Федерации, полные кавалеры ордена Славы;

10) лица, награжденные знаком «Почетный донор СССР», «Почетный донор России»;

11) Герои Социалистического Труда (вдовы (вдовцы) Героев Социалистического Труда, не вступившие в повторный брак (независимо от

даты смерти (гибели) Героя Социалистического Труда);

12) полные кавалеры ордена Трудовой Славы (вдовы (вдовцы) полных кавалеров ордена Трудовой Славы, не вступившие в повторный брак (независимо от даты смерти (гибели) полного кавалера ордена Трудовой Славы);

13) ветераны труда, приравненные к ним ветераны государственной службы и ветераны военной службы;

14) лица, отнесенные к категории «Дети войны»;

15) лица, проработавшие в тылу в период с 22 июня 1941 года по 9 мая 1945 года не менее шести месяцев, исключая период работы на временно оккупированных территориях СССР, либо награжденные орденами или медалями СССР за самоотверженный труд в период Великой Отечественной войны.

61. Для получения медицинской помощи граждане обращаются в медицинские организации по месту жительства или работы, к которым они прикреплены.

62. Внеочередное оказание медицинской помощи осуществляется при наличии у граждан медицинских показаний.

63. Для получения в плановой форме первичной медико-санитарной помощи во внеочередном порядке пациент обращается в регистратуру медицинской организации и предъявляет следующие документы:

документ, подтверждающий принадлежность к льготной категории граждан (удостоверение, справка установленной формы);

документ, удостоверяющий личность (паспорт или иной документ, заменяющий паспорт);

полис обязательного медицинского страхования.

64. При обращении в медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, дополнительно предъявляется направление с подробной выпиской из медицинской документации, содержащей данные клинического, рентгенологического, лабораторного и других соответствующих профилю заболевания видов исследований, указанием цели направления за подписью лечащего врача.

65. Во внеочередном порядке предоставляется:

1) в амбулаторных условиях:

прием врача участкового (врача общей практики), плановые консультации, плановые диагностические и лабораторные исследования в течение 2 рабочих дней с даты обращения, зарегистрированной у лечащего врача;

диспансерное обследование в медицинских организациях граждан, указанных в абзацах «а» - «д» подпункта 8 пункта 59 настоящей Территориальной программы;

2) в стационарных условиях:

плановая госпитализация в районные больницы Республики Алтай по направлению лечащего врача поликлиники со сроком ожидания до 7 рабочих

дней;

плановая госпитализация в медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь (2 и 3 уровня), по направлению лечащего врача районных больниц с подробной выпиской из медицинской документации и указанием цели направления со сроком ожидания не более 7 рабочих дней.

66. Сведения о сроках предоставления медицинской помощи во внеочередном порядке гражданин получает у своего лечащего врача.

67. При невозможности оказания необходимого объема и профиля медицинской помощи на территории Республики Алтай врачебная комиссия медицинской организации направляет медицинские документы в установленном порядке на комиссию Министерства здравоохранения Республики Алтай для решения вопроса об обследовании и лечении граждан в медицинских организациях за пределами Республики Алтай.

68. Контроль за внеочередным оказанием медицинской помощи гражданам осуществляется Министерством здравоохранения Республики Алтай.

8.3. Перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой

69. Перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой установлен в Приложении № 3 к настоящей Территориальной программе.

8.4. Порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, а также медицинскими изделиями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, по назначению врача, а также донорской кровью и ее компонентами по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи, за исключением лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания по желанию пациента

70. При оказании в рамках Территориальной программы первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме (в том числе при проведении амбулаторных операций, оказании травматологической помощи в травмпунктах) и в дневных стационарах всех типов, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, в стационарных условиях и дневном стационаре, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется бесплатное обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, ежегодно утверждаемый Правительством Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», а также медицинскими изделиями в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи.

Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

71. Порядок обеспечения отдельных категорий граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, специализированными продуктами лечебного питания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (по рецептам врача) в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболевания установлен законодательством Российской Федерации.

72. В рамках Территориальной программы за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется оплата курсов химиотерапии, проводимых пациентам (взрослым и детям) с онкологическими заболеваниями в соответствии со стандартами медицинской помощи, в том числе в условиях дневного стационара. Лекарственное обеспечение данной категории пациентов, медицинская помощь которым оказывается в амбулаторных условиях, осуществляется в соответствии с законодательными и иными правовыми актами Российской Федерации и Республики Алтай, в том числе за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

73. В стационарных условиях по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи пациенты обеспечиваются бесплатно донорской кровью и ее компонентами, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания.

Обеспечение лечебным питанием осуществляется в соответствии с физиологическими нормами, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

74. В рамках территориальной программы обязательного медицинского

страхования оказывается стоматологическая помощь, за исключением зубопротезирования и использования ортодонтических конструкций (брекет-системы, LM-активаторы).

8.5. Перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках Территориальной программы

75. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни включает в себя:

1) проведение профилактического медицинского осмотра взрослого населения, которое направлено на раннее выявление отдельных хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения, факторов риска их развития (повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела или ожирение), а также потребление наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

Профилактический медицинский осмотр проводится 1 раз в 2 года в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2012 года № 1011н.

В год прохождения диспансеризации профилактический медицинский осмотр не проводится.

а) работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, и работники, занятые на отдельных видах работ, которые в соответствии с законодательством Российской Федерации проходят обязательные периодические медицинские осмотры, профилактическому медицинскому осмотру не подлежат.

б) профилактический медицинский осмотр проводится при наличии информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя (в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство), данного по форме и в порядке, которые утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации.

в) по результатам профилактического медицинского осмотра определяется группа состояния здоровья гражданина и планирование тактики его медицинского наблюдения:

I группа - проводится краткое профилактическое консультирование, коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний врачом-терапевтом, медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья;

II группа - проводится коррекция факторов риска развития хронических

неинфекционных заболеваний в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья, при наличии медицинских показаний назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции указанных факторов риска, диспансерное наблюдение врача (фельдшера) отделения (кабинета) медицинской профилактики;

III группа - диспансерное наблюдение врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья;

2) прохождение несовершеннолетними медицинских осмотров: профилактических, предварительных при поступлении в образовательные учреждения и периодических в период обучения в них в соответствии с Порядком прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 года № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные организации и в период обучения в них».

а) профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних.

б) предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся при поступлении в образовательные организации в целях определения соответствия учащегося требованиям к обучению.

в) периодические медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья учащихся, своевременного выявления начальных форм заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных факторов учебного процесса на состояние их здоровья и выявления медицинских противопоказаний к продолжению учебы.

Необходимым предварительным условием является дача информированного добровольного согласия несовершеннолетнего или его законного представителя на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

3) проведение противоэпидемических мероприятий, в том числе вакцинации, в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям, выявление больных инфекционными заболеваниями, динамическое наблюдение за лицами, контактирующими с больными

инфекционными заболеваниями, по месту жительства, учебы, работы и за реконвалесцентами;

4) проведение мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, включая вопросы рационального питания, увеличения двигательной активности, предупреждения потребления психоактивных веществ, в том числе алкоголя, табака, наркотических веществ.

Выявление курящих лиц и лиц, избыточно потребляющих алкоголь, а также лиц с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя.

Оказание медицинской помощи по отказу от курения и злоупотребления алкоголя, включая направление на консультацию и лечение в специализированные медицинские организации;

5) обследование в центрах здоровья, центрах и кабинетах медицинской профилактики, в том числе комплексное обследование впервые обратившихся в отчетном году и динамическое наблюдение за пациентами группы риска развития неинфекционных заболеваний, включающее формирование здорового образа жизни - мероприятия, направленные на сохранение здоровья, пропаганду здорового образа жизни, мотивирование граждан к личной ответственности за свое здоровье, разработку индивидуальных подходов по формированию здорового образа жизни, борьбу с факторами риска развития заболеваний, просвещение и информирование населения о вреде употребления табака и злоупотребления алкоголем, предотвращение социально значимых заболеваний, увеличение продолжительности активной жизни.

8.6. Перечень

медицинских организаций, также иных учреждений, участвующих в реализации Территориальной программы, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования

№ п/п	Наименование медицинской организации	Осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования <*>
1.	БУЗ РА «Кош-Агачская районная больница»	+
2.	БУЗ РА «Улаганская районная больница»	+
3.	БУЗ РА «Акташская больница»	+
4.	БУЗ РА «Усть-Канская районная больница»	+
5.	БУЗ РА «Онгудайская районная больница»	+
6.	БУЗ РА «Шебалинская районная больница»	+
7.	БУЗ РА «Усть-Коксинская районная больница»	+
8.	БУЗ РА «Турочакская районная больница»	+
9.	БУЗ РА «Майминская районная больница»	+

10.	БУЗ РА «Чойская районная больница»	+
11.	БУЗ РА «Чемальская районная больница»	+
12.	БУЗ РА «Республиканская больница»	+
13.	БУЗ РА «Республиканская детская больница»	+
14.	БУЗ РА «Кожно-венерологический диспансер» *	+
15.	БУЗ РА «Центр по профилактике и борьбе со СПИД» *	+
16.	БУЗ РА «Перинатальный центр»	+
17.	АУЗ РА «Республиканская стоматологическая поликлиника»	+
18.	АУЗ РА «Стоматологическая поликлиника № 2»	+
19.	БУЗ РА «Врачебно-физкультурный диспансер» *	+
20.	БУЗ РА «Психиатрическая больница»	
21.	БУЗ РА «Станция переливания крови»	
22.	БУЗ РА «Центр медицины катастроф» *	+
23.	БУЗ РА «Противотуберкулезный диспансер»	
24.	БУЗ РА «Медицинский информационно-аналитический центр»	
25.	БУЗ РА «Бюро судебно-медицинской экспертизы»	
26.	КУ РА «Управление по обеспечению деятельности Министерства здравоохранения Республики Алтай и подведомственных ему учреждений»	
27.	АУ РА «Автобаза «Медавтотранс»	
28.	АУ РА «Центр лечебного и профилактического питания»	
29.	БУЗ РА «Специализированный дом ребенка для детей с органическим поражением ЦНС с нарушением психики»	
30.	БУЗ РА «Детская противотуберкулезная больница»	
31.	ФКУЗ «Медсанчасть МВД России по Республике Алтай»	+
32.	БУ РА «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»	+
33.	ООО «Стоматологический комплекс»	+
34.	ООО «Нефролайн – Алтай»	+
35.	ООО «Алтай-Стом»	+
36.	ООО «Акцент»	+
37.	ООО «Партнер - Сервис»	+
38.	ООО «Евродиагностика»	+
39.	ООО ЛОЦ «Атон»	+
40.	ООО «Афродита»	+
41.	ООО «Улыбка»	+
42.	ООО «ЭКО центр»	+

43.	ООО «Здоровое поколение»	+
44.	Новосибирский филиал ФГБУ межотраслевой научно – технический комплекс «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Минздрава России	+
45.	ФГБУ «Новосибирский научно – исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России	+
46.	ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России	+
47.	ФГБУ «Сибирский федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства»	+
Итого медицинских организаций, участвующих в территориальной программе		47
из них медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования		37

<*> Знак отличия об участии в сфере обязательного медицинского страхования (+).

Примечание:

БУЗ РА «Центр медицины катастроф» - в части оказания скорой медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования.

БУЗ РА «Кожно-венерологический диспансер» - в части оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

БУЗ РА «Центр по профилактике и борьбе со СПИД» - в части оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

БУЗ РА «Врачебно-физкультурный диспансер» * в части оказания первичной медико-санитарной медицинской помощи в центре здоровья, финансируемой из средств обязательного медицинского страхования.

8.7. Условия пребывания в медицинских организациях при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста 4 лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний

76. При оказании медицинской помощи в стационарных условиях:

1) пациенты размещаются в палатах не более 4 мест;

2) предоставляется индивидуальный медицинский пост по медицинским показаниям;

3) при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний, предоставляются бесплатно спальное место и питание;

4) перевод в иную медицинскую организацию осуществляется по медицинским показаниям.

8.8. Условия размещения пациентов в маломестных палатах (боксах) по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации

77. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 535н «Об утверждении перечня медицинских и эпидемиологических показаний к размещению пациентов в маломестных палатах (боксах)» осуществляется размещение пациентов в маломестных палатах (боксах) по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям.

8.9. Порядок предоставления транспортных услуг при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований - при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту

78. В случае необходимости проведения пациенту, находящемуся на лечении в стационарных условиях, диагностических исследований в другой медицинской организации - при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту, предоставляется транспорт и осуществляется сопровождение пациента медицинским работником, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. Лечащий врач согласовывает с главным врачом медицинской организации предоставление пациенту транспорта и сопровождение его медицинским работником.

8.10. Условия и сроки диспансеризации для отдельных категорий населения

79. Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

80. Диспансеризация определенных групп взрослого населения осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 года № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого

населения».

81. Гражданин проходит диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

82. Диспансеризация проводится при наличии информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя (в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство), данного по форме и в порядке, которые утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Гражданин вправе отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации, в порядке и форме, которые утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации.

83. Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года в возрастные периоды, предусмотренные Порядком, за исключением инвалидов Великой Отечественной войны, лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий), которые проходят диспансеризацию ежегодно вне зависимости от возраста.

84. Диспансеризация взрослого населения проводится путем углубленного обследования состояния здоровья граждан в целях:

1) раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения, основных факторов риска их развития (повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела или ожирение), а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

2) определения группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, граждан с иными заболеваниями (состояниями), а также для здоровых граждан;

3) проведения краткого профилактического консультирования граждан, а также проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования и группового профилактического консультирования (школ пациента) граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском;

4) определения группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким

суммарным сердечно-сосудистым риском.

85. Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 февраля 2013 года № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

86. Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2013 года № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

87. Диспансеризация проводится ежегодно в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Необходимым предварительным условием диспансеризации является дача информированного добровольного согласия несовершеннолетнего или его законного представителя на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

88. Сроки проведения диспансеризации устанавливаются планом-графиком, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Алтай.

89. В целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации проводится диспансерное наблюдение лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями.

8.11. Порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, не участвующей в реализации территориальной программе

90. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.

91. Расходы, связанные с оказанием медицинской помощи в экстренной

форме медицинской организацией, не участвующей в реализации Территориальной программы, возмещаются медицинской организацией, к которой прикреплен гражданин для медицинского обслуживания, в размере стоимости медицинской помощи в зависимости от условий ее оказания, способа оплаты и тарифа, установленных в Тарифном соглашении на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, на основании договора, заключенного между этими медицинскими организациями.

8. 12. Сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований, а также консультаций врачей-специалистов

92. При оказании медицинской помощи в плановой форме прием врача, проведение диагностических обследований осуществляются в соответствии с нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства здравоохранения Республики Алтай, устанавливающими нагрузку специалиста.

93. В целях обеспечения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи предельные сроки ожидания составляют:

1) оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме – не более 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

2) приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами - не более 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

2) проведения консультаций врачей-специалистов - не более 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;

3) проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи - не более 14 календарных дней со дня назначения;

4) проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи - не более 30 календарных дней со дня назначения;

5) оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи - не более 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию;

В дневном стационаре при медицинской организации пациенту предоставляется койко-место на 3 - 4 часа в течение дня.

94. В медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, ведется лист ожидания специализированной медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, и осуществляется информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

95. Медицинскими показаниями для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях являются:

а) наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующего оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в экстренной или неотложной форме в целях диагностики и лечения;

б) наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующего оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в плановой форме в целях профилактики, диагностики, лечения, реабилитации;

в) наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, представляющего угрозу жизни и здоровью окружающих (изоляция пациента, в том числе по эпидемическим показаниям);

г) риск развития осложнений при проведении пациенту медицинских вмешательств, связанных с диагностикой и лечением;

д) отсутствие возможности оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях дневного стационара в связи с возрастом пациента (дети, престарелые граждане) и инвалидностью 1 группы.

8.14. Условия предоставления детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в случае выявления у них заболеваний, медицинской помощи всех видов, включая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь

96. Медицинская организация, при выявлении (установлении) у детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, заболевания, требующего оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, медицинской реабилитации, в приоритетном порядке направляет медицинскую документацию в Министерство здравоохранения Республики Алтай для решения вопроса об оказании ему медицинской помощи. Министерство здравоохранения Республики Алтай в приоритетном порядке обеспечивает организацию медицинской помощи всех видов, включая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, медицинскую реабилитацию и

диспансерное наблюдение.

IX. Критерии доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы

97. Критериями качества медицинской помощи являются:

1) удовлетворенность населения медицинской помощью (процентов от числа опрошенных) 65%, в том числе:

городского населения 65%;

сельского населения 65%;

2) смертность населения от болезней системы кровообращения (число умерших от болезней системы кровообращения на 100 тыс. человек населения) 529,4, в том числе:

городского населения 509,8;

сельского населения 549,8;

3) смертность населения от новообразований, в том числе от злокачественных (число умерших от новообразований, в том числе от злокачественных, на 100 тыс. человек населения) 149,8, в том числе:

городского населения 169,8;

сельского населения 129,8;

4) смертность населения от туберкулеза (случаев на 100 тыс. человек населения) 16,5, в том числе:

городского населения 22,0;

сельского населения 11,0;

5) смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения) 770,0;

6) смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения (число умерших от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения) 173,9;

7) доля умерших в трудоспособном возрасте на дому к общему количеству умерших в трудоспособном возрасте 40,5;

8) материнская смертность (на 100 тыс. родившихся живыми) 0;

9) младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми) 9,8, в том числе:

в городской местности 8,8;

сельской местности 10,8;

10) доля умерших в возрасте до 1 года на дому в общем количестве умерших в возрасте до 1 года 20%;

11) смертность детей в возрасте 0 - 4 лет (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста) 315,5;

12) доля умерших в возрасте 0 - 4 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0 - 4 лет 17%;

13) смертность детей в возрасте 0 - 17 лет (на 100 тыс. человек

населения соответствующего возраста) 120,0;

14) доля умерших в возрасте 0 - 17 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0 – 17 лет 18%;

15) доля пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 48,7;

16) доля впервые выявленных случаев фиброзно-кавернозного туберкулеза в общем количестве выявленных случаев туберкулеза в течение года 1,5%;

17) доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года 46,0;

18) доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда 25%;

19) доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда 20%;

20) доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда 50%;

21) доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой скорой медицинской помощи проведен тромболизис в общем количестве пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи 5%;

22) доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями 30,1%;

23) доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия в первые 6 часов госпитализации, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом 1,5%;

24) количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи 4;

80. Критериями доступности медицинской помощи являются:

1) обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население) 34,5, в том числе оказывающим медицинскую помощь:

в амбулаторных условиях 18,1;

в стационарных условиях 13,4;

2) обеспеченность населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население) 112,7, в

том числе оказывающим медицинскую помощь:

в амбулаторных условиях на 51,9,

в стационарных условиях 47,7;

3) средняя длительность лечения в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (в среднем по Республике Алтай) 11,6;

4) доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на Территориальную программу 8,7;

5) доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на Территориальную программу 2,7;

6) доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей 100%,

в том числе проживающих в городской местности 99,9%;

в сельской местности 99,9%;

7) доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования 1,5%;

8) число лиц, проживающих в сельской местности, которым оказана скорая медицинская помощь, на 1000 человек сельского населения 305;

9) доля фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов, находящихся в аварийном состоянии и требующих капитального ремонта, в общем количестве фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов 57%.

99. На основе установленных целевых значений критериев доступности и качества медицинской помощи проводится комплексная оценка их уровня и динамики.

Мониторинг целевых значений критериев доступности и качества медицинской помощи осуществляется БУЗ Республики Алтай «Медицинский информационно-аналитический центр» и представляется в Министерство здравоохранения Республики Алтай в установленные сроки.

Кроме того, Министерством здравоохранения Республики Алтай проводится оценка эффективности деятельности медицинских организаций, в том числе расположенных в городской и сельской местности (на основе выполнения функции врачебной должности, показателей использования коечного фонда).

100. Критериями доступности медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти являются:

доля объемов специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказанной гражданам, проживающим за пределами

субъекта Российской Федерации, в котором расположена медицинская организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти, в общем объеме медицинской помощи, оказанной этой организацией (за исключением медицинских организаций, имеющих прикрепленное население) (целевое значение - не менее 50%);

доля доходов за счет средств обязательного медицинского страхования в общем объеме доходов медицинской организации, подведомственной федеральному органу исполнительной власти (целевое значение для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при заболеваниях и состояниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, - не менее 20%).

Приложение № 1
к Территориальной программе
государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи на 2016 год
на территории Республики Алтай

СТОИМОСТЬ

Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по источникам финансового обеспечения на 2016 год

Источники финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	№ строки	2016 год			
		Утвержденная стоимость		Расчетная стоимость	
		всего (млн. руб.)	на одного жителя (одно застрахован- ное лицо по ОМС) в год (руб)	всего (млн. руб.)	на одного жителя (одно застрахован- ное лицо по ОМС) в год (руб)
1	2	3	4	5	6
Стоимость территориальной программы государственных гарантий всего (сумма строк 02 + 03) в том числе:					
	01	3711,12	16620,85	4462,41	20305,20
I. Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации *	02	416,64	1949,64	1119,68	5290,37
II. Стоимость территориальной программы ОМС всего(сумма строк 04 + 08)	03	3294,48	14671,20	3342,73	15014,82
1. Стоимость территориальной программы ОМС за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы (сумма строк 05+ 06 + 07) в том числе:	04	3263,06	14531,28	3263,06	14638,38
1.1. субвенции из бюджета ФОМС	05	3193,06	14219,55	3193,06	14324,35
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	70,00	311,73	70,00	314,03
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	31,42	139,93	79,67	376,44
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	31,42	139,93	79,67	376,44
2.2. межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования	10	0,00	0,00	0,00	0,00

*Без учета бюджетных ассигнований федерального бюджета на ОНЛС, целевые программы, а также межбюджетных трасфертов (строки 06 и 10)

УТВЕРЖДЕННАЯ СТОИМОСТЬ
территориальной программы государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в объемах медицинской помощи
по условиям ее оказания за 2016 год

Медицинская помощь по источникам финансового обеспечения и условиям оказания	№ строк	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете 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 предоставления медицинской помощи)	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		
					руб.		тыс. руб.		в % к итогу
					за счет средств консолидированного бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств консолидированного бюджета субъекта РФ	средства ОМС	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Медицинская помощь, предоставляемая за счет консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации в том числе *	01		X	X	1 949,64	x	416,64	X	0,11
1 скорая медицинская помощь	02	вызов	0,002	20 736,10	41,57	x	8,88	x	x
2. при заболеваниях, не включенных в территориальную программу ОМС	03		X	X	547,13	x	116,92	X	X
- в амбулаторных условиях	04.1	посещение с профилактической и иными целями	0,200	52,35	10,47	x	2,24	X	X
	04.2	обращение	0,150	564,75	84,71	x	18,10	X	X
- в стационарных условиях	05	случай госпитализации	0,009	46 813,72	421,32	x	90,04	X	X
- в дневных стационарах	06	пациенто-день	0,003	10 207,47	30,62	x	6,54	X	X
3. при заболеваниях, включенных в базовую программу ОМС, гражданам Российской Федерации, не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС	07		X	X		X		X	X
- скорая медицинская помощь	08	вызов				X		X	X
- в амбулаторных условиях	09	посещение				X		X	X
- в стационарных условиях	10	случай госпитализации				X		X	X
- в дневных стационарах	11	пациенто-день				X		X	X
4. палатная медицинская помощь	12	койко-день	0,005	2 732,90	14,07	X	3,01	X	X
5. иные государственные и муниципальные услуги (работы)	13		X	X	1 346,87	x	287,83	X	X
6. специализированная высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях субъекта РФ	14	случай госпитализации	X	X		X		X	X
II. Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС**:	15		X	X		X		X	0,00
- скорая медицинская помощь	16	вызов	X	X		X		X	X
- в амбулаторных условиях	17	посещение	X	X		X		X	X
- в стационарных условиях	18	случай госпитализации	X	X		X		X	X
- в дневных стационарах	19	пациенто-день	X	X		X		X	X
III. Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС:	20		X	X	X		X		0,89
- скорая медицинская помощь (сумма строк 28+33)	21	вызов	0,264	2 915,42	X	14 671,20	769,67	X	172,83
- в амбулаторных условиях	сумма строк	29.1+34.1	22.1	посещение с профилактической и иными целями	2,750	533,63	1 467,50	X	329,53
		29.2+34.2	22.2	посещение по неотложной медицинской помощи	0,224	773,75	173,32	X	38,92
		29.3+34.3	22.3	обращение	2,030	1 674,02	3 398,27	X	763,09
- в стационарных условиях (сумма строк 30+35), в том числе:	23	случай госпитализации	0,193	38 470,01	X	7 424,71	1 667,25	X	X
медицинская реабилитация в стационарных условиях (сумма строк 30.1+35.1)	23.1	койко-день	0,039	2 650,84	X	103,38	X	23,22	X
высокотехнологичная медицинская помощь (сумма строк 30.2+35.2)	23.2	случай госпитализации	0,004	121 722,76	X	438,20	X	98,40	X

- в дневных стационарах	24	пациенто-день	0,061	19 259,55	X	1 174,83	X	263,81	X
- паллиативная медицинская помощь***	25	койко-день	0,000		X	0,00	X	0,00	X
- затраты на АУП в сфере ОМС****	26		X	X	X	262,91	X	59,04	X
<i>из строки 20:</i>									
1 Медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы ОМС* застрахованным лицам	27		X	X	X	14 268,37	X	3 204,02	0,97
- скорая медицинская помощь	28	вызов	0,260	2 944,87	X	765,67	X	171,93	X
- в амбулаторных условиях	29.1	посещение с профилактической и иными целями	2,350	604,41	X	1 420,36	X	318,95	X
	29.2	посещение по неотложной медицинской помощи	0,224	773,75	X	173,32	X	38,92	X
	29.3	обращение	1,980	1 693,43	X	3 352,98	X	752,93	X
	30	случай госпитализации	0,192	38 443,78	X	7 381,21	X	1 657,48	X
- в стационарных условиях, в том числе:	30								
медицинская реабилитация в стационарных условиях	30.1	койко-день	0,039	2 650,84	X	103,38	X	23,22	X
высокотехнологичная медицинская помощь	30.2	случай госпитализации	0,0036	121 732,76	X	438,20	X	98,40	X
- в дневных стационарах	31	пациенто-день	0,061	19 259,55	X	1 174,83	X	263,81	X
2 Медицинская помощь по видам и заболеваниям сверх базовой программы ОМС*	32		X	X	X	139,93	X	31,42	0,01
- скорая медицинская помощь	33	вызов	0,004	1 001,40	X	4,01	X	0,90	X
- в амбулаторных условиях	34.1	посещение с профилактической и иными целями	0,400	117,83	X	47,13	X	10,58	X
	34.2	посещение по неотложной медицинской помощи			X		X		X
	34.3	обращение	0,050	905,68	X	45,28	X	10,17	X
	35	случай госпитализации	0,001	43 505,80	X	43,51	X	9,77	X
- в стационарных условиях, в том числе:	35								
медицинская реабилитация в стационарных условиях	35.1	койко-день			X		X		X
высокотехнологичная медицинская помощь	35.2	случай госпитализации			X		X		X
- в дневных стационарах	36	пациенто-день			X		X		X
- паллиативная медицинская помощь	37				X		X		X
ИТОГО (сумма строк 01 + 15 + 20)	38				1 949,64	14 671,20	416,64	3 294,48	100,00

* Без учета финансовых средств консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС (затраты, не вошедшие в тариф).

** указываются средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС, на расходы сверх территориальной программы ОМС

*** в случае включения паллиативной медицинской помощи в территориальную программу ОМС сверх базовой программы ОМС с соответствующими платежами субъекта РФ

**** затраты на АУП ТФОМС и СМО

кол-во населения на 01.01.2015 года
кол-во застрахованных на 01.04.2015 года

213,703
224,554