АДМИНИСТРАЦИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 24 декабря 2014 г. N 578

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ

ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

НА 2015 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2016 И 2017 ГОДОВ

(в ред. Постановления Администрации Алтайского края

от 22.01.2015 N 8)

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

1. Утвердить прилагаемую Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов.

2. Настоящее постановление вступает в силу с 01.01.2015.

3. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на заместителя Губернатора Алтайского края Бессарабова Д.В.

Губернатор

Алтайского края

А.Б.КАРЛИН

Утверждена

Постановлением

Администрации Алтайского края

от 24 декабря 2014 г. N 578

ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА

ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ

ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2015 ГОД

И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2016 И 2017 ГОДОВ

(в ред. Постановления Администрации Алтайского края

от 22.01.2015 N 8)

I. Общие положения

Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов (далее - "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;

стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по источникам финансового обеспечения на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов (приложение 1);

утвержденную стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по условиям ее оказания на 2015 год (приложение 2);

перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования (приложение 3);

критерии доступности и качества медицинской помощи (приложение 4);

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 перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 N 890 "О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения" (приложение 5);

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 бюджету территориального фонда обязательного медицинского страхования (приложение 6);

перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования для увеличения бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете на очередной финансовый год и на плановый период (приложение 7).

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 Алтайского края, основанных на данных медицинской статистики.

В рамках Программы за счет бюджетных ассигнований краевого 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 организации или военные образовательные организации высшего образования, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе.

II. Перечень видов, форм и условий медицинской помощи,

оказание которой осуществляется бесплатно

В рамках Программы бесплатно предоставляются:

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

специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;

скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;

паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

Понятие "медицинская организация" используется в Программе в значении, определенном в федеральных законах "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

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

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

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

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

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

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

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

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, определенным постановлением Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 года N 1273, который содержит в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее - "перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи").

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

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

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

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

Паллиативная медицинская помощь оказывается бесплатно в амбулаторных 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.

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.

III. Перечень заболеваний и состояний, оказание

медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно,

и категории граждан, оказание медицинской помощи

которым осуществляется бесплатно

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;

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.

Отдельным категориям граждан осуществляются:

обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации (в соответствии с разделом V Программы);

профилактические медицинские осмотры и диспансеризация, в том числе взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (работающих и неработающих граждан), обучающихся в образовательных организациях по очной форме, пребывающих в организациях, осуществляющих стационарное обслуживание, детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, и другие категории;

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

Территориальная программа обязательного медицинского страхования является составной частью Программы.

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 перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования (приложение 6), при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе III Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств и расстройств поведения, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации) в части заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств и расстройств поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ;

осуществляются мероприятия по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан, указанных в разделе III 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, за исключением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включенных в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи (приложение 7).

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются тарифным соглашением между Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Алтайского края, 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, и 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.

Применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Алтайском крае:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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);

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);

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

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);

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);

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.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования включает нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо (в соответствии с разделом VI Программы), нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (в том числе по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования (приложение 6), и нормативы финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на 1 застрахованное лицо (в соответствии с разделом VII Программы), порядок и условия предоставления бесплатной медицинской помощи (в соответствии с разделом VIII Программы), критерии доступности и качества медицинской помощи (приложение 4).

V. Финансовое обеспечение Программы

Источниками финансового обеспечения Программы являются средства федерального бюджета, краевого бюджета, средства обязательного медицинского страхования.

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 перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования (приложение 6), при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе III Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств и расстройств поведения;

осуществляется финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан, указанных в разделе III 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, за исключением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включенных в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи (приложение 7).

За счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (приложение 6).

За счет межбюджетного трансферта, получаемого из краевого бюджета в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края на выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования в части финансового обеспечения дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, осуществляется финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

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, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовой программе обязательного медицинского страхования);

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

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными 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 в базовой программе обязательного медицинского страхования);

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

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

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

предоставления в установленном порядке субъектам Российской Федерации 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, утверждаемому Правительством Российской Федерации и сформированному в установленном им порядке;

предоставления в установленном порядке бюджетам субъектов Российской Федерации 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 N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи";

дополнительных мероприятий, установленных в соответствии с законодательством Российской Федерации;

высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (приложение 7), за счет средств, направляемых в федеральный бюджет в 2015 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 очередной финансовый год и плановый период 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 финансирование расходов, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи медицинскими организациями, подведомственными исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

За счет бюджетных ассигнований краевого бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

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;

первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в части медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические осмотры несовершеннолетних в целях раннего (своевременного) выявления немедицинского потребления наркотических и психотропных веществ), а также в части расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальной программе обязательного медицинского страхования;

паллиативной медицинской помощи;

высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях Алтайского края, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (приложение 7).

Алтайский край вправе за счет бюджетных ассигнований краевого бюджета осуществлять финансовое обеспечение дополнительных объемов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными Главному управлению Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (приложение 6).

За счет средств краевого бюджета осуществляется:

обеспечение граждан, проживающих на территории Алтайского края, лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности;

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

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

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

За счет средств краевого бюджета осуществляются:

расходы на содержание и развитие системы здравоохранения: централизованных бухгалтерий, отделов (групп) технического надзора, групп по централизованному хозяйственному обслуживанию;

расходы на профессиональную подготовку (переподготовку) специалистов, оказывающих медицинскую помощь при заболеваниях социально значимого характера, проведение противоэпидемических мероприятий, затраты на разработку проектно-сметной документации и проведение капитального ремонта учреждений здравоохранения; приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью свыше ста тысяч рублей; содержание пансионатов, общежитий; расходы, связанные с оплатой лечения и проезда больных, а также на предоставление медицинских и иных услуг в центрах по профилактике синдрома приобретенного иммунодефицита и инфекционных заболеваний и борьбе с ними, врачебно-физкультурных диспансерах по динамическому наблюдению за состоянием здоровья лиц, занимающихся физической культурой и спортом, а также оказание первичной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медицинской помощи при проведении спортивных мероприятий, занятий физической культурой и спортом, на оказание медицинской помощи в центрах планирования семьи и репродукции, медико-генетических центрах (консультациях), центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования), центрах профессиональной патологии, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических отделениях, медицинских информационно-аналитических центрах, центрах лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности, в станциях переливания крови, центрах крови, домах ребенка, включая специализированные, хосписах, отделениях (койках) сестринского ухода, молочных кухнях и прочих медицинских учреждениях, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации, которые не участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

VI. Нормативы объема медицинской помощи

Нормативы объема медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания в целом по 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 Программой, и составляют:

для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, на 2015 - 2017 годы - в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 0,331 вызова на 1 застрахованное лицо, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,318 вызова, сверх базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,013 вызова;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), на 2015 год - 2,559 посещения на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 2,300 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 2,609 посещения на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 2,350 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2017 год - 2,639 посещения на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 2,380 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, на 2015 год - 2,089 обращения на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 1,950 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 2,119 обращения на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 1,980 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2017 год - 2,119 обращения на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 1,980 обращения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2015 год - 0,078 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 0,086 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2017 год - 0,095 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в условиях дневных стационаров на 2015 год - 0,664 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 0,560 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 0,665 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 0,560 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, на 2017 год - 0,665 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 0,560 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо;

для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях на 2015 год - 0,203 случая госпитализации на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 0,193 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 0,203 случая госпитализации на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 0,193 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2017 год - 0,203 случая госпитализации на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 0,193 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 территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2015 год - 0,033 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 0,039 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2017 год - 0,039 койко-дня на 1 застрахованное лицо;

для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях на 2015 год - 0,004 койко-дня на 1 жителя, на 2016 год - 0,005 койко-дня на 1 жителя, на 2017 год - 0,006 койко-дня на 1 жителя.

Объем высокотехнологичной медицинской помощи на 1 жителя составляет на 2015 год 0,0041 случая госпитализации, на 2016 год - 0,0047 случая госпитализации, на 2017 год - 0,005 случая госпитализации.

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 краевого бюджета.

VII. Нормативы финансовых затрат на единицу объема

медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования Программы на 2015 год составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования - 1908,46 рубля, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1925,57 рубля, сверх базовой программы обязательного медицинского страхования - 1489,83 рубля;

на 1 посещение с профилактическими и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств краевого бюджета - 310,30 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования - 395,23 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств краевого бюджета - 899,64 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования - 1107,31 рубля;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования - 505,91 рубля;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств краевого бюджета - 479,75 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования - 1471,57 рубля;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств краевого бюджета - 53684,35 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования - 23816,88 рубля;

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 - 1733,25 рубля;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств краевого бюджета - 1425,10 рубля.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, на 2016 и 2017 годы составляют: на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования - 2010,28 рубля на 2016 год, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2031,53 рубля, сверх базовой программы обязательного медицинского страхования - 1489,83 рубля; 2166,79 рубля на 2017 год, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2194,46 рубля, сверх базовой программы обязательного медицинского страхования - 1489,83 рубля;

на 1 посещение с профилактическими и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств краевого бюджета - 310,80 рубля на 2016 год, 311,75 рубля на 2017 год, за счет средств обязательного медицинского страхования - 400,29 рубля на 2016 год, 435,42 рубля на 2017 год;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств краевого бюджета - 901,30 рубля на 2016 год, 904,00 рубля на 2017 год, за счет средств обязательного медицинского страхования - 1170,36 рубля на 2016 год, 1306,50 рубля на 2017 год;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования - 509,18 рубля на 2016 год, 553,88 рубля на 2017 год;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств краевого бюджета - 480,58 рубля на 2016 год, 482,05 рубля на 2017 год, за счет средств обязательного медицинского страхования - 1490,15 рубля на 2016 год, 1613,78 рубля на 2017 год;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств краевого бюджета - 53801,15 рубля на 2016 год, 53966,37 рубля на 2017 год, за счет средств обязательного медицинского страхования - 25201,55 рубля на 2016 год, 28464,65 рубля на 2017 год;

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 - 1827,95 рубля на 2016 год, 2056,53 рубля на 2017 год;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств краевого бюджета - 1428,48 рубля на 2016 год, 1432,88 рубля на 2017 год.

Подушевые нормативы финансирования устанавливаются исходя из нормативов, предусмотренных разделом VI и настоящим разделом Программы, с учетом соответствующих коэффициентов дифференциации, рассчитанных в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года N 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 Программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют:

в 2015 году:

1668,60 рубля - за счет средств краевого бюджета, предусматриваемых на оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, медицинской помощи при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях, а также на содержание медицинских организаций, участвующих в обязательном медицинском страховании, и финансовое обеспечение деятельности медицинских организаций, не участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования с учетом межбюджетного трансферта на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации);

9301,75 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования за счет субвенции Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в расчете на 1 застрахованное лицо).

В 2016 году:

1679,62 рубля - за счет средств краевого бюджета, предусматриваемых на оказание специализированной медицинской помощи, медицинской помощи при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях, а также на содержание медицинских организаций, участвующих в обязательном медицинском страховании, и финансовое обеспечение деятельности медицинских организаций, не участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования с учетом межбюджетного трансферта на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации);

9827,04 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования за счет субвенции Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в расчете на 1 застрахованное лицо).

В 2017 году:

1687,65 рубля - за счет средств краевого бюджета, предусматриваемых на оказание специализированной медицинской помощи, медицинской помощи при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях, а также на содержание медицинских организаций, участвующих в обязательном медицинском страховании, и финансовое обеспечение деятельности медицинских организаций, не участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования с учетом межбюджетного трансферта на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации);

10968,79 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования за счет субвенции Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в расчете на 1 застрахованное лицо).

VIII. Порядок и условия предоставления

бесплатной медицинской помощи

8.1. Условия реализации права на выбор врача, в том числе

врача общей практики (семейного врача) и лечащего

врача (с учетом согласия врача)

При оказании медицинской помощи в рамках Программы граждане имеют право на выбор медицинской организации на основании статьи 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в соответствии с Порядком выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 года N 406н.

Выбор медицинской организации гражданами, проживающими в закрытых административно-территориальных образованиях, на территориях с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, а также работниками организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, осуществляется в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26 июля 2012 года N 770 "Об особенностях выбора медицинской организации гражданами, проживающими в закрытых административно-территориальных образованиях, на территориях с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, а также работниками организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда".

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 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще одного раза в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).

В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера с учетом их согласия не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

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

Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случае, если в реализации 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 Программой.

Гражданину также предоставляется возможность выбора лечащего врача (с учетом согласия врача).

8.2. Порядок внеочередного оказания медицинской помощи

отдельным категориям граждан в медицинских организациях,

находящихся на территории Алтайского края

Правом на получение плановой медицинской помощи вне очереди обладают граждане, которым в соответствии с законодательством Российской Федерации предоставлено право на внеочередное оказание медицинской помощи.

Граждане имеют право на внеочередное получение медицинской помощи в краевых медицинских организациях при предъявлении удостоверения, подтверждающего их статус.

8.3. Порядок обеспечения граждан лекарственными

препаратами, 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

При оказании в рамках Программы первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств", и медицинскими изделиями, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи.

Порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, а также формы рецептурных бланков на них, порядок оформления указанных бланков, их учет и хранение регламентируются приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Бесплатное обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, при оказании амбулаторной медицинской помощи осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Обеспечение граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания при оказании амбулаторной помощи (по рецептам врача) включает в себя:

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 по перечню лекарственных препаратов, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации;

обеспечение лекарственными препаратами, предназначенными 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, в соответствии с перечнем лекарственных препаратов, утверждаемым Правительством Российской Федерации;

обеспечение граждан в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, за исключением граждан, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, предусмотренной пунктом 1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 года N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи", лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, специализированными продуктами лечебного питания, используемыми для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, за счет средств краевого бюджета согласно перечню (приложение 5);

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, утвержденный Правительством Российской Федерации.

Обеспечение граждан донорской кровью и (или) ее компонентами для клинического использования при оказании медицинской помощи в рамках реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи осуществляется для медицинских организаций Алтайского края, участвующих в реализации Программы, безвозмездно.

Обеспечение граждан лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, в медицинских организациях при оказании медицинской помощи в рамках Программы осуществляется бесплатно в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

В рамках Программы оказывается стоматологическая помощь, за исключением зубопротезирования и использования ортодонтических конструкций (брекет-системы, LM-активаторы, трейнеры, ретейниры), повторного изготовления съемных ортодонтических аппаратов в случае их утери, порчи, поломки по вине пациента.

8.4. Перечень мероприятий по профилактике заболеваний

и формированию здорового образа жизни, включая условия

и сроки диспансеризации населения для отдельных

категорий населения

Целью профилактических мероприятий является:

выявление основных факторов риска развития сердечно-сосудистых и других социально значимых заболеваний;

определение группы диспансерного наблюдения граждан, имеющих очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск и высокий риск других заболеваний, риск развития заболеваний/состояний и их осложнений;

определение необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан;

проведение краткого профилактического консультирования граждан, а также проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и групповых методов первичной и вторичной профилактики (школ пациентов) для граждан с высоким риском развития заболеваний/состояний или осложнений имеющихся заболеваний/состояний;

контроль факторов риска;

вторичная профилактика.

Мероприятия:

проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения;

профилактические медицинские осмотры;

профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних;

предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних перед поступлением в образовательные организации;

периодические медицинские осмотры несовершеннолетних, обучающихся в образовательных организациях;

обследование в центрах здоровья;

обследование в центрах и кабинетах медицинской профилактики.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования.

Профилактические медицинские осмотры взрослого населения и диспансеризация определенных групп взрослого населения осуществляются в рамках программы государственных гарантий бесплатно в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Сроки проведения диспансеризации отдельных категорий населения:

инвалиды и ветераны Великой Отечественной войны, супруги погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны, лица, награжденные знаком "Жителю блокадного Ленинграда", лица, подвергшиеся воздействию ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, - ежегодно;

обучающиеся в краевых государственных образовательных организациях начального профессионального образования и среднего профессионального образования, студенты образовательных организаций высшего образования до достижения 18 лет - ежегодно, далее - не реже 1 раза в 3 года;

пребывающие в организациях, осуществляющих стационарное обслуживание, дети-сироты и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации; дети, оставшиеся без попечения родителей, в том числе усыновленные (удочеренные), принятые под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, - ежегодно.

8.5. Сроки ожидания медицинской помощи,

оказываемой в плановой форме

Плановый прием пациентов, проведение плановых лечебно-диагностических мероприятий осуществляются в соответствии с нормативными правовыми актами, регламентирующими нагрузку специалиста. При этом:

оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме - срок ожидания не более 2 часов с момента обращения;

прием врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме - срок ожидания не более 10 рабочих дней с момента обращения;

проведение диагностических инструментальных и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме - срок ожидания не более 10 рабочих дней;

проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме - срок ожидания не более 30 рабочих дней;

оказание специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме - срок ожидания не более 30 дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию (при условии обращения пациента за госпитализацией в рекомендуемые лечащим врачом сроки).

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.

8.6. Условия пребывания в медицинских организациях

при оказании медицинской помощи в стационарных условиях,

а также порядок предоставления транспортных услуг при

сопровождении медицинским работником пациента

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях пациенты размещаются в палатах на три места и более, за исключением размещения в маломестных палатах (боксах), и обеспечиваются лечебным питанием.

В маломестных палатах (боксах) размещаются больные по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 года N 535н "Об утверждении перечня медицинских и эпидемиологических показаний к размещению пациентов в маломестных палатах (боксах)".

Одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка. При совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше данного возраста - при наличии медицинских показаний - плата за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания, с указанных лиц не взимается.

В случае необходимости проведения пациенту, находящемуся на лечении в стационарных условиях, диагностических исследований при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь, пациенту предоставляются транспортные услуги с сопровождением медицинским работником.

8.7. Дифференцированные нормативы объемов оказания

медицинской помощи на 2015 год

Дифференцированный норматив объемов медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, на 1 жителя за счет средств бюджета в медицинских организациях I уровня составляет 0,010, на 1 застрахованное лицо за счет средств ОМС - 0,059, II уровня за счет средств ОМС - 0,074, III уровня за счет средств ОМС - 0,060.

Дифференцированный норматив объемов медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, за счет средств бюджета на 1 жителя в медицинских организациях I уровня составляет 0,104, за счет средств ОМС на 1 застрахованное лицо - 0,386, II уровня за счет средств ОМС - 0,103, III уровня за счет средств ОМС - 0,071.

Дифференцированный норматив объемов медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (посещения с профилактической целью), за счет средств бюджета на 1 жителя в медицинских организациях I уровня составляет 0,135, на 1 застрахованное лицо за счет средств ОМС - 1,741, II уровня - за счет средств бюджета - 0,048, за счет средств ОМС - 0,459, III уровня - за счет средств бюджета - 0,076, за счет средств ОМС - 0,100.

Дифференцированный норматив объемов медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (обращения по заболеваниям), за счет средств бюджета на 1 жителя в медицинских организациях I уровня составляет 0,122, на 1 застрахованное лицо за счет ОМС - 1,238, II уровня - за счет бюджета на 1 жителя - 0,015, за счет средств ОМС - 0,433, III уровня - за счет средств бюджета - 0,002, за счет средств ОМС - 0,279.