

Приложение № 1
к постановлению
Правительства области
от 29.12.2018 № 911-п

Территориальная программа
государственных гарантий бесплатного оказания гражданам
на территории Оренбургской области медицинской помощи
на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов

I. Общие положения

Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Оренбургской области медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 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;

объемы медицинской помощи;

нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;

подушевые нормативы финансирования;

порядок и условия предоставления медицинской помощи;

целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи;

перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Программы.

II. Перечень

видов, форм и условий предоставления 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 помощь;

специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;

скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;

паллиативная медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями.

Понятие «медицинская организация» используется в Программе в значении, определенном Федеральными законами от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «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 геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащим в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, определенным постановлением Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 года № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период

2020 и 2021 годов» (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 ухудшения состояния пациента, угрозы его жизни и здоровью.

При оказании в рамках Программы первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной

медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 года № 2738-р, и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2016 года № 2229-р .

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

Гражданин имеет право на бесплатное получение медицинской помощи по видам, формам и условиям ее оказания в соответствии с разделом II Программы при следующих заболеваниях и состояниях:

- инфекционные и паразитарные болезни;
- новообразования;
- болезни эндокринной системы;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы;
- болезни крови, кроветворных органов;
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- болезни глаза и его придаточного аппарата;
- болезни уха и сосцевидного отростка;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения, в том числе болезни полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования);
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- врожденные аномалии (пороки развития);
- деформации и хромосомные нарушения;
- беременность, роды, послеродовой период и аборты;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период;
- психические расстройства и расстройства поведения;
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям.

Гражданин имеет право на бесплатный профилактический медицинский осмотр не реже одного раза в год.

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

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

профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию – определенные группы взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), в том числе работающие и неработающие граждане, обучающиеся в образовательных организациях по очной форме;

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

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

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

пренатальную (дородовую) диагностику нарушений развития ребенка – беременные женщины;

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

аудиологический скрининг – новорожденные дети и дети первого года жизни.

IV. Территориальная программа обязательного медицинского страхования

1. В рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, которая является составной частью Программы, застрахованным лицам при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе III Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения, оказывается:

первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь;

скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации);

специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь в соответствии с разделом I перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной меди-

цинской помощи, определенного постановлением Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 года № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

В рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение:

профилактических мероприятий, включая диспансеризацию, диспансерное наблюдение (при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе III Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения);

профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, указанных в разделе III Программы;

мероприятий по медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях амбулаторно, стационарно и в условиях дневного стационара;

применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации;

проведению осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования застрахованных лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, в части заболеваний и состояний, входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования;

проведению 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 граждан к военной или приравненной к ней службе, в части заболеваний и состояний, входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования;

проведению аудиологического скрининга;

проведению неонатального скрининга на пять наследственных и врожденных заболеваний, за исключением медико-генетических исследований и консультаций, осуществляемых в соответствующих структурных подразделе-

лениях медицинских организаций государственной системы здравоохранения Оренбургской области.

2. В ходе реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие основные способы оплаты медицинской помощи:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

а) 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);

б) 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);

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

а) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;

б) за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

а) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;

б) за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), – по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования, осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года

№ 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

3. Структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, сформирована в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Тарифы на оплату медицинской помощи 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.

В рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования установлены объемы предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо (в соответствии с разделом VI Программы), нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и подушевые нормативы финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования (в соответствии с разделом VII Программы), требования к условиям предоставления медицинской помощи (в соответствии с разделом VIII Программы), критерии доступности и качества медицинской помощи (в соответствии с разделом IX Программы).

V. Финансовое обеспечение Программы

Источниками финансового обеспечения Программы являются средства обязательного медицинского страхования и средства областного бюджета.

За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение оказанной застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с разделом III Программы.

За счет средств бюджетных ассигнований областного бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в части медицинской помощи, не включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования, при заболеваниях, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдроме приобретенного иммунодефицита, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных 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;

первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, отдельным категориям граждан в соответствии с законодательством Оренбургской области;

паллиативной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями;

высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных министерству здравоохранения Оренбургской области, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи;

мероприятий по организации медицинской деятельности, связанной с донорством органов человека в целях трансплантации (пересадки);

углубленного медицинского обследования несовершеннолетних лиц в возрасте до восемнадцати лет (из числа систематически занимающихся спортом в государственных и муниципальных детско-юношеских спортивных школах);

скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам;

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, не включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования;

санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами;

мероприятий по содержанию детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, до достижения ими возраста четырех лет включительно;

иные государственные услуги в медицинских организациях, за исключением видов медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования, в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, центрах профилактики и борьбы со

СПИДом, врачебно-физкультурных диспансерах, медико-генетических центрах (консультациях), центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования), центрах профессиональной патологии и в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, бюро судебно-медицинской экспертизы, медицинский информационно-аналитических центрах, на станциях переливания крови, в домах ребенка и в прочих медицинских организациях, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также авиационных работ при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, медицинской помощи в специализированных медицинских организациях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» при заболеваниях, не включенных в территориальную программу обязательного медицинского страхования, а также расходов медицинских организаций, в том числе на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря);

пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатального скрининга на пять 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;

мероприятий по бесплатному обеспечению лекарственными препаратами граждан, страдающих социально значимыми заболеваниями, при амбулаторном лечении;

мероприятий по бесплатному обеспечению лекарственными препаратами и специализированными продуктами лечебного питания для лечения заболеваний, включенных в Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности (за исключением лекарственных препаратов, организация обеспечения которыми отнесена к полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья);

мероприятий по бесплатному обеспечению лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения отдельных групп и категорий граждан при амбулаторном лечении;

мероприятий по бесплатному обеспечению лекарственными препаратами детей в возрасте до 6 лет из многодетных семей;

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

мероприятий по обеспечению полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет по заключению врачей;

мероприятий по зубному протезированию отдельных категорий граждан;

проведения осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную семью или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, по видам медицинской помощи, не входящим в территориальную программу обязательного медицинского страхования;

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 граждан к военной или приравненной к ней службе, по видам медицинской помощи, не входящим в территориальную программу обязательного медицинского страхования.

Органы местного самоуправления городских округов и муниципальных районов Оренбургской области создают условия для оказания медицинской помощи населению на территории городских округов и муниципальных районов Оренбургской области (за исключением территорий городских округов, включенных в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень территорий, население которых обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях, подведомственных федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по медико-санитарному обеспечению населения отдельных территорий) в соответствии с Законом Оренбургской области от 29 октября 2015 года № 3388/969-V-ОЗ «О создании органами местного самоуправления Оренбургской области условий для оказания медицинской помощи населению в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Раздел VI. Объем медицинской помощи в расчете на одного жителя

1. Нормативы объема медицинской помощи в рамках Программы населению Оренбургской области за счет средств областного бюджета в расчете

на одного жителя и территориального фонда обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на 2019–2021 годы составят:

для скорой специализированной медицинской помощи, включая санитарно-авиационную эвакуацию, за счет средств областного бюджета – 0,006 вызова на одного жителя;

для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2019 год – 0,300 вызова на одно застрахованное лицо, на 2020 и 2021 годы – 0,29 вызова на одно застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями (включая посещения, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе посещения центров здоровья, а также посещения среднего медицинского персонала и разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования), за счет средств областного бюджета на 2019–2021 годы – 0,63 посещения на одного жителя (включая посещения по оказанию паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому), в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2019 год – 2,88 посещения на одно застрахованное лицо, на 2020 год – 2,9 посещения на одно застрахованное лицо, на 2021 год – 2,92 посещения на одно застрахованное лицо, в том числе:

для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, на 2019 год – 0,79 посещения на одно застрахованное лицо, на 2020 год – 0,808 посещения на одно застрахованное лицо, на 2021 год – 0,826 посещения на одно застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2019–2021 годы – 1,77 обращения (законченного случая лечения заболевания в амбулаторных условиях, в том числе в связи с проведением медицинской реабилитации, с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2) на одно застрахованное лицо, за счет средств областного бюджета – 0,13 обращения на одного жителя;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2019 год – 0,56 посещения на одно застрахованное лицо, на 2020 и 2021 годы – 0,54 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в условиях дневных стационаров в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2019–2021 годы – 0,062 случая лечения на одно застрахованное лицо, в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология», на 2019 год – 0,00631 случая лечения на одно застрахованное лицо, на 2020 год – 0,0065 случая лечения на одно застрахованное лицо, на 2021 год –

0,00668 случая лечения на одно застрахованное лицо; за счет средств областного бюджета на 2019–2021 годы – 0,0024 случая лечения на одного жителя;

для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2019 год – 0,17443 случая госпитализации на одно застрахованное лицо, на 2020 год – 0,17557 случая госпитализации на одно застрахованное лицо, на 2021 год – 0,1761 случая госпитализации на одно застрахованное лицо, в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология» на 2019 год – 0,0091 случая госпитализации на одно застрахованное лицо, на 2020 год – 0,01023 случая госпитализации на одно застрахованное лицо, на 2021 год – 0,01076 случая госпитализации на одно застрахованное лицо; за счет средств областного бюджета на 2019–2021 годы – 0,0146 случая госпитализации на 1 жителя;

для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2019 год – 0,004 случая госпитализации на одно застрахованное лицо, на 2020 и 2021 годы – 0,005 случая госпитализации на одно застрахованное лицо (в том числе не менее 25,0 процента для медицинской реабилитации детей в возрасте 0–17 лет с учетом реальной потребности);

для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях за счет средств областного бюджета на 2019–2021 годы – 0,027 койко-дня на одного жителя.

Нормативы медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении составляют на 2019–2021 годы 0,000729 случая на 1 застрахованное лицо.

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 в амбулаторных условиях, медицинской помощи в стационарных условиях, скорой медицинской помощи и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований областного бюджета.

2. Объемы предоставления медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования:

определяются в соответствии с нормативами, установленными настоящей Программой;

распределяются решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования между медицинскими организациями согласно перечню, приведенному в разделе X Программы, и страховыми медицинскими организациями;

устанавливаются страховыми медицинскими организациями решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицин-

ского страхования на год с поквартальным распределением и последующей корректировкой (при необходимости и обоснованности).

3. Дифференцированные нормативы объемов медицинской помощи на одного жителя и нормативы объема медицинской помощи на одно застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на 2018–2020 годы составят:

для медицинской помощи в стационарных условиях первого уровня:
0,001 случая госпитализации на одного жителя, 0,03597 случая госпитализации на одно застрахованное лицо;

для медицинской помощи в стационарных условиях второго уровня:
0,010 случая госпитализации на одного жителя, 0,06567 случая госпитализации на одно застрахованное лицо;

для медицинской помощи в стационарных условиях третьего уровня:
0,002 случая госпитализации на одного жителя, 0,07279 случая госпитализации на одно застрахованное лицо;

для медицинской помощи в условиях дневных стационаров:
первого уровня – 0,019 случая лечения на одно застрахованное лицо;
второго уровня – 0,025 случая лечения на одно застрахованное лицо;
третьего уровня – 0,016 случая лечения на одно застрахованное лицо.

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

1. Нормативы финансовых затрат формируются за счет средств бюджетных ассигнований областного бюджета и средств территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 2019 год составят:

на 1 вызов скорой специализированной медицинской помощи, включая санитарно-авиационную и скорую психиатрическую медицинскую помощь, за счет средств областного бюджета – 7 219,2 рубля;

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования – 2 557,0 рубля;

на 1 посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств областного бюджета (включая расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому) – 486,8 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 523,5 рубля, на 1 посещение для проведения профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию, за счет средств обязательного медицинского страхования – 1 126,8 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств областного бюджета – 1 411,4 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 1 452,9 рубля;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования – 664,5 рубля;

на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств областного бюджета – 15 780,5 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 21 289,0 рубля;

на 1 случай госпитализации по профилю «онкология» за счет средств обязательного медицинского страхования – 77 998,2 рубля;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств областного бюджета – 86 063,7 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 35 450,8 рубля;

на 1 случай госпитализации по профилю «онкология» за счет средств обязательного медицинского страхования – 84 762,9 рубля;

на 1 случай госпитализации по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация», и реабилитационных отделений медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования – 38 295,5 рубля;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств областного бюджета – 2 398,7 рубля.

2. Подушевые нормативы финансового обеспечения по Программе установлены в расчете на одного жителя, по территориальной программе обязательного медицинского страхования – на одно застрахованное лицо и составят на 2019 год 16 633,2 рубля, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования – 12 888,8 рубля.

Дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения медицинской помощи на одно застрахованное лицо по территориальной программе обязательного медицинского страхования и на одного жителя за счет средств бюджетных ассигнований областного бюджета с учетом этапов оказания медицинской помощи на 2019 год составят для медицинских организаций:

для медицинской помощи в стационарных условиях:

первого уровня – 13,3 рубля на одного жителя;

второго уровня – 810,4 рубля на одного жителя;

третьего уровня – 432,8 рубля на одного жителя;

для медицинской помощи в стационарных условиях:

первого уровня – 986,9 рубля на одно застрахованное лицо;

второго уровня – 2 863,9 рубля на одно застрахованное лицо;

третьего уровня – 2 332,9 рубля на одно застрахованное лицо;

для медицинской помощи в условиях дневных стационаров:

первого уровня – 256,4 рубля на одно застрахованное лицо;

второго уровня – 644,5 рубля на одно застрахованное лицо;

третьего уровня – 419,0 рубля на одно застрахованное лицо.

3. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 2020 год составят:

на 1 вызов скорой специализированной медицинской помощи, включая санитарно-авиационную и скорую психиатрическую медицинскую помощь, за счет средств областного бюджета – 8 376,5 рубля;

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования – 2 661,2 рубля;

на 1 посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств областного бюджета (включая расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому) – 495,5 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 552,2 рубля, на 1 посещение для проведения профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию, за счет средств обязательного медицинского страхования – 1 166,5 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств областного бюджета – 1 411,4 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 1 505,6 рубля;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования – 680,8 рубля;

на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств областного бюджета – 15 780,5 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 22 224,8 рубля;

на 1 случай госпитализации по профилю «онкология» за счет средств обязательного медицинского страхования – 82 649,6 рубля;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств областного бюджета – 87 103,1 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 38 659,5 рубля;

на 1 случай госпитализации по профилю «онкология» за счет средств обязательного медицинского страхования – 109 625,8 рубля;

на 1 случай госпитализации 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 – 38 595,6 рубля;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств областного бюджета – 2 425,5 рубля.

4. Подушевые нормативы финансового обеспечения по Программе установлены в расчете на одного жителя, по территориальной программе обязательного медицинского страхования – на одно застрахованное лицо и составят на 2020 год 17 445,9 рубля, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования – 13 741,0 рубля.

Дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения медицинской помощи на одно застрахованное лицо по территориальной программе обязательного медицинского страхования и на одного жителя за счет средств бюджетных ассигнований областного бюджета с учетом этапов оказания медицинской помощи на 2020 год составят:

первого уровня – 13,8 рубля на одного жителя;

второго уровня – 812,4 рубля на одного жителя;

третьего уровня – 445,5 рубля на одного жителя;

для медицинской помощи в стационарных условиях:

первого уровня – 1 082,7 рубля на одно застрахованное лицо;

второго уровня – 3 141,7 рубля на одно застрахованное лицо;

третьего уровня – 2 563,0 рубля на одно застрахованное лицо;

для медицинской помощи в условиях дневных стационаров:

первого уровня – 261,2 рубля на одно застрахованное лицо;

второго уровня – 658,9 рубля на одно застрахованное лицо;

третьего уровня – 457,8 рубля на одно застрахованное лицо.

5. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 2021 год составят:

на 1 вызов скорой специализированной медицинской помощи, включая санитарно-авиационную и скорую психиатрическую медицинскую помощь, за счет средств областного бюджета – 8 622,1 рубля;

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования – 2 777,7 рубля;

на 1 посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств областного бюджета (включая расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому) – 482,1 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 573,5 рубля, на 1 посещение для проведения профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию, за счет средств обязательного медицинского страхования – 1 207,3 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств областного бюджета – 1 411,4 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 1 568,2 рубля;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования – 718,3 рубля;

на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств областного бюджета – 15 780,5 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 23 365,4 рубля;

на 1 случай госпитализации по профилю «онкология» за счет средств обязательного медицинского страхования – 86 007,7 рубля;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных

условиях, за счет средств областного бюджета – 86 953,3 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 41 451,6 рубля,

на 1 случай госпитализации по профилю «онкология» за счет средств обязательного медицинского страхования – 121 429,8 рубля;

на 1 случай госпитализации по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация», и реабилитационных отделений медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования – 39 053,5 рубля;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств областного бюджета – 2 452,9 рубля.

Нормативы финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения составляют: на 2019 год – 125 867,8 рубля, 2020 год – 131 154,2 рубля, 2021 год – 137 262,8 рубля.

6. Подушевые нормативы финансового обеспечения по Программе установлены в расчете на одного жителя, по территориальной программе обязательного медицинского страхования – на одно застрахованное лицо и составят на 2021 год 18 287,7 рубля, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования – 14 564,1 рубля.

Дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения медицинской помощи на одно застрахованное лицо по территориальной программе обязательного медицинского страхования и на одного жителя за счет средств бюджетных ассигнований областного бюджета с учетом этапов оказания медицинской помощи на 2021 год составят:

для медицинской помощи в стационарных условиях:

первого уровня – 13,8 рубля на одного жителя;

второго уровня – 812,4 рубля на одного жителя;

третьего уровня – 443,3 рубля на одного жителя;

для медицинской помощи в стационарных условиях:

первого уровня – 1 134,5 рубля на одно застрахованное лицо;

второго уровня – 3 371,6 рубля на одно застрахованное лицо;

третьего уровня – 2 793,5 рубля на одно застрахованное лицо;

для медицинской помощи в условиях дневных стационаров:

первого уровня – 272,4 рубля на одно застрахованное лицо;

второго уровня – 673,5 рубля на одно застрахованное лицо;

третьего уровня – 502,8 рубля на одно застрахованное лицо.

VIII. Порядок и условия предоставления медицинской помощи

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):

а) при оказании гражданину медицинской помощи в рамках Программы он имеет право на выбор медицинской организации и врача с учетом согласия врача;

б) при выборе медицинской организации и врача гражданин имеет право на получение в доступной для него форме информации, в том числе размещенной в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – сеть Интернет), о медицинской организации, об осуществляемой ей медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации;

в) для получения первичной медико-санитарной помощи:

гражданин вправе выбрать 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);

выбор осуществляется из перечня медицинских организаций, участвующих в Программе;

для ребенка до достижения им совершеннолетия, для гражданина, признанного в установленном порядке недееспособным, выбор медицинской организации и врача осуществляется родителями или иными законными представителями;

прикрепление граждан к медицинским организациям осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 года № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»;

в выбранной медицинской организации гражданин вправе осуществить выбор врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации);

право выбора медицинской организации или врача реализуется путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;

г) оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста;

выбор врачей акушера-гинеколога, стоматолога и дерматолога допускается вне медицинской организации, выбранной для получения первичной медико-санитарной помощи, независимо от наличия в ней данного специалиста не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации);

д) для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме:

выбор медицинской организации в пределах Оренбургской области осуществляется по направлению лечащего врача;

направление гражданина для получения специализированной медицинской помощи за пределами территории Оренбургской области осуществляется в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 года № 1342н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи», от 2 декабря 2014 года № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»;

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 Программой;

е) лицам, не застрахованным в системе обязательного медицинского страхования, экстренная медицинская помощь оказывается в лечебно-профилактических учреждениях по факту обращения с учетом профиля учреждений.

2. Обеспечение 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)

2.1. Медицинские организации осуществляют закупку лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2. За счет средств областного бюджета в соответствии с законодательством Оренбургской области осуществляется:

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 граждан или их инвалидности (за исключением лекарственных препаратов, организация обеспечения которыми отнесена к полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья);

лекарственными препаратами, медицинскими изделиями для лечения пациентов с социально значимыми заболеваниями;

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, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой, в том числе граждан Российской Федерации, имеющих место жительства на территории Оренбургской области, которым на момент окончания Второй мировой войны (2 сентября 1945 года) не исполнилось 18 лет, согласно разделу XI Программы.

2.3. За счет средств федерального бюджета в соответствии с федеральным законодательством осуществляется:

предоставление в установленном порядке лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и IV типов, лиц после трансплантации органов и (или) тканей по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством Российской Федерации;

обеспечение граждан, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи и не отказавшихся от получения социальной услуги, предусмотренной пунктом 1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов в соответствии с утвержденными Правительством Российской Федерации перечнем лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций, перечнем медицинских изделий и перечнем специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов;

обеспечение противовирусными лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, для лечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С;

обеспечение антибактериальными и противотуберкулезными лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, для лечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя;

Порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, специализированными продуктами лечебного питания регулируется Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об ос-

новах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 февраля 2007 года № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания», Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения», Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года № 1181н «Об утверждении порядка назначения и выписывания медицинских изделий, а также форм рецептурных бланков на медицинские изделия и порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» и законодательством Оренбургской области.

Министерство здравоохранения Оренбургской области (медицинские учреждения) могут осуществлять закупку лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению комиссии министерства здравоохранения Оренбургской области по обеспечению граждан необходимыми лекарственными препаратами по индивидуальным показаниям (врачебной комиссии).

В пределах своей компетенции медицинские организации осуществляют контроль за обоснованностью назначения лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, а также проверку качества оказываемой медицинской помощи в соответствии с установленными стандартами.

2.4. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях по медицинским показаниям осуществляется бесплатное обеспечение граждан донорской кровью и ее компонентами.

Обеспечение донорской кровью и ее компонентами граждан осуществляется за счет средств областного бюджета посредством оказания медицинской помощи в стационарных условиях по медицинским показаниям медицинскими организациями.

Заявка на получение компонентов крови подается медицинской организацией Оренбургской области в соответствии с потребностью в государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Оренбургская областная станция переливания крови». Медицинские организации Оренбургской области обязаны сформировать запас донорской крови и (или) ее компонентов, соответствующий требованиям технического регламента о безопасности крови, в том числе необходимый запас на случай возникновения чрезвычайных ситуаций.

Получение, транспортировка, хранение и переливание компонентов крови осуществляются медицинской организацией в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности.

2.5. Медицинские изделия, используемые при эндопротезировании суставов, металлоконструктивных операциях на позвоночнике, переломах проксимального отдела бедра, включены в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2016 года № 2229-р .

Граждане, нуждающиеся в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи направляются в учреждения соответствующего уровня. Порядок направления (маршрутизации) пациентов определен нормативными документами министерства здравоохранения Оренбургской области

2.6. При оказании медицинской помощи в стационарных условиях граждане обеспечиваются лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, по нормам, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи, с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи. Лечебное питание назначается лечащим врачом под контролем врача-диетолога с учетом механизмов развития заболевания, особенностей течения основного и сопутствующего заболеваний.

3. Сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов:

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

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

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

г) сроки 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;

д) сроки проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи – не более 30 календарных дней, а для пациентов с онкологическими за-

болеваниями – не более 14 календарных дней со дня назначения;

е) сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи – не более 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию, а для пациентов с онкологическими заболеваниями – не более 14 календарных дней с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления диагноза заболевания (состояния).

4. Время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании медицинской помощи в экстренной форме – не более 20 минут с момента вызова в городах и районных центрах, не более 60 минут – в сельских населенных пунктах.

5. Информирование граждан о сроках ожидания специализированной медицинской помощи.

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

6. Порядок предоставления медицинской помощи в стационарных и амбулаторных условиях:

а) оказание медицинской помощи осуществляется в соответствии с режимом работы медицинских организаций и правилами их внутреннего распорядка;

б) время ожидания приема врачом при госпитализации в стационар для плановых больных составляет не более одного часа; при наличии экстренных показаний госпитализация осуществляется немедленно;

в) время, отведенное на прием больного в поликлинике, определяется расчетными нормативами;

г) направление для получения специализированной помощи в плановом порядке осуществляется в медицинской организации с учетом уровней оказания медицинской помощи;

д) перевод в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь клинического уровня, осуществляется по направлению врачебной комиссии медицинской организации;

е) обеспечение осмотра на дому врачами «узких» специальностей по назначению участкового врача (семейного врача) при наличии медицинских показаний и невозможности по состоянию здоровья (решается лечащим врачом) самостоятельно посетить медицинскую организацию;

ж) объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяется лечащим врачом в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и/или стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;

з) 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 послеродовый период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию;

и) направление пациента на лечение в стационарных условиях и в условиях дневного стационара осуществляется лечащим врачом после обследования в амбулаторных условиях.

7. 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, а также медицинскую реабилитацию.

При наличии медицинских показаний врачи-педиатры из организаций для детей-сирот направляют детей на консультации к врачам-специалистам медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу. Доставка детей из организаций для детей-сирот на консультативный прием в детскую поликлинику осуществляется в сопровождении сотрудника организации для детей-сирот.

Прием детей из организаций для детей-сирот в детской поликлинике проводится в присутствии сопровождающего сотрудника из организации для детей-сирот при наличии выписки из учетной формы № 112-1/у-00 «Медицинская карта ребенка, воспитывающегося в доме ребенка», информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, подписанного законным представителем ребенка.

В случае возникновения неотложных и экстренных состояний медицинским персоналом в организациях для детей-сирот осуществляется оказание неотложной медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи (доврачебной и врачебной медицинской помощи), скорая медицинская помощь детям-сиротам оказывается станцией (отделением) скорой медицинской помощи по территориальному принципу. Медицинская эвакуация в медицинские организации детей из организаций для детей-сирот в случае возникновения экстренных состояний осуществляется бригадой скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи. Ребенка дополнительно сопровождает сотрудник организации для детей-сирот.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, а также медицинская реабилитация детям-сиротам, детям, оставшимся без попечения родителей, и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, пребывающим в организациях для детей-сирот, оказывается при наличии медицинских показаний и по результатам проведенной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Направление детей-сирот в медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, а также медицинскую реабили-

тацию, осуществляется врачом-педиатром или врачами-специалистами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу.

Уход за детьми, госпитализированными в круглосуточные стационары медицинских организаций из организаций для детей-сирот, осуществляется средним и младшим медицинским персоналом медицинской организации, в которую госпитализирован ребенок.

8. Условия пребывания в медицинских организациях при оказании медицинской помощи в стационарных условиях.

Пребывающие в медицинских организациях граждане при оказании медицинской помощи в стационарных условиях имеют право на:

- а) размещение в палатах по медицинским показаниям;
- б) обеспечение лечебным питанием;
- в) предоставление оборудованного спального места;
- г) установление поста индивидуального наблюдения (ухода) по медицинским показаниям;

д) совместное нахождение в медицинской организации с ребенком до достижения им возраста четырех лет одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя, 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 вышеуказанных лиц не взимается; лицу, находящемуся вместе с ребенком в больничном учреждении системы здравоохранения, выдается листок нетрудоспособности);

е) размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации, при условии наличия вспомогательных помещений, дающих возможность соблюдать правила личной гигиены.

9. Оказание медицинской помощи в дневных стационарах всех типов:

а) лечащий врач выбирает тип дневного стационара (всех типов) в зависимости от конкретного заболевания, его тяжести, возможности посещения больным медицинского учреждения (организации), а также обеспечения родственниками ухода за больным;

б) стационар на дому выбирается в случае невозможности больного по какой-либо объективной причине посещать медицинское учреждение (организацию);

в) дневной стационар организуется на базе амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения (организации), на базе стационарного медицинского учреждения (организации) организуются койки дневного пребывания;

г) в дневных стационарах всех типов питание больных не предусматривается (за исключением случаев, когда лечебное питание необходимо по медицинским показаниям).

10. Транспортные услуги при сопровождении медицинским работником предоставляются пациенту, находящемуся на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований, которые не могут быть осуществлены в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациенту, без взимания платы.

11. С целью повышения реабилитационного потенциала лица, перенесшие острое заболевание или обострение хронического заболевания, направляются на реабилитацию в отделения реабилитации медицинских организаций и санатории различных форм собственности, участвующие в Программе, непосредственно из стационаров, а также с амбулаторного этапа лечения.

12. Условия и сроки диспансеризации для отдельных категорий населения определяются в соответствии с законодательством Российской Федерации:

а) диспансеризация взрослого населения проводится медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей работы (услуги) по медицинским профилактическим осмотрам и отдельным видам работ (услуг); в случае отсутствия у медицинской организации, осуществляющей диспансеризацию, лицензии на медицинскую деятельность по отдельным видам работ (услуг), необходимым для проведения диспансеризации в полном объеме, медицинская организация заключает договор с иной медицинской организацией, имеющей лицензию на требуемые виды работ, о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению диспансеризации;

б) гражданин проходит диспансеризацию в медицинской организации, выбранной им для получения первичной медико-санитарной помощи в соответствии с порядком выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи, установленным настоящей Программой; диспансеризация проводится по добровольному согласию гражданина;

в) диспансеризации подлежат работающие, неработающие граждане, а также граждане, обучающиеся в образовательных организациях, и отдельные категории граждан, установленные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2017 года № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

г) диспансеризация граждан старше 18 лет проводится 1 раз в 3 года начиная с достижения ими 21 года;

д) диспансеризация отдельных категорий граждан, установленных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2017 года № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», проводится ежегодно;

е) объем диагностических исследований и осмотров специалистами определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации;

ж) медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в соответствии с нормативными актами министерства здравоохранения Оренбургской области, объем проводимых профилактических осмотров и обследований определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации;

з) дети-сироты и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, пребывающие в учреждениях здравоохранения, образования и социальной защиты с круглосуточным пребыванием в них детей, а также дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, в том числе усыновленные (удочеренные), принятые под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью, подлежат ежегодной диспансеризации в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2013 года № 116 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей», приказами 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», от 15 февраля 2013 года № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

13. Направление пациентов, нуждающихся в проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО), осуществляется лечащим врачом в соответствии со статьей 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

К бланку направления на лечение прикрепляются медицинские документы, содержащие диагноз заболевания, код диагноза по МКБ-Х, результаты обследования, подтверждающие диагноз, показания для применения ЭКО и исключающие наличие противопоказаний и ограничений, а также данные лабораторных и клинических обследований, предусмотренных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 августа 2012 года № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

Указанные документы представляются в комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее – комиссия), образованную министерством здравоохранения Оренбургской области.

Комиссия формирует и упорядочивает поток пациентов путем составления листов ожидания, а также осуществляет контроль за соблюдением очередности при оказании медицинской помощи при лечении бесплодия с помощью ЭКО. Электронная версия листа ожидания с указанием очередности и шифра пациента без персональных данных размещается на официальном сайте министерства здравоохранения Оренбургской области для беспрепятственного контроля пациентами движения очереди.

Решение комиссии в случае отказа или приостановления лечения с использованием ЭКО по причине выявления или возникновения противопоказаний (ограничений) оформляется протоколом.

При направлении пациента для проведения процедуры ЭКО в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Оренбургской области комиссией пациенту предоставляется перечень медицинских организаций, выполняющих процедуру ЭКО, из числа участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Оренбургской области (далее – перечень) и выдается направление на проведение процедуры ЭКО за счет средств обязательного медицинского страхования. Выбор медицинской организации для проведения процедуры ЭКО осуществляется пациентами в соответствии с перечнем.

Оплата медицинских услуг при проведении процедуры ЭКО, не предусмотренных стандартом медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 октября 2012 года № 556н, производится дополнительно за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Оказывать медицинскую помощь с использованием ЭКО вправе медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий).

В случае наступления беременности после проведения процедуры ЭКО беременная женщина обеспечивается необходимой медицинской помощью в соответствии с порядком диспансерного наблюдения, определяемым комиссией.

При отсутствии беременности после проведения процедуры ЭКО пациенты могут повторно включаться комиссией в лист ожидания при условии соблюдения очередности.

С целью предупреждения осложнений, связанных с применением процедуры ЭКО, не допускается проведение более 2 попыток процедур ЭКО в год, сопровождающихся стимуляцией суперовуляции.

14. Порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, находящихся на территории Оренбургской области.

Медицинская помощь гражданам оказывается в медицинских организациях при наличии медицинских показаний. Финансирование расходов, связанных с внеочередным оказанием медицинской помощи гражданам, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Основанием для внеочередного оказания медицинской помощи является документ, подтверждающий льготную категорию гражданина.

Плановая медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается гражданам во внеочередном порядке по месту прикрепления. При необходимости выполнения диагностических исследований и лечебных манипуляций лечащий врач организует их предоставление вне очереди, формируемой в медицинской организации.

Предоставление плановой стационарной медицинской помощи вышеуказанным категориям граждан осуществляется во внеочередном порядке, о чем делается соответствующая запись в листе ожидания.

В случае обращения нескольких граждан, имеющих право на внеочередное оказание медицинской помощи, плановая помощь оказывается в порядке поступления обращений.

Медицинскими организациями, в которых граждане находятся на медицинском обслуживании, определяется наличие медицинских показаний для лечения граждан в специализированной медицинской организации и направление в специализированную медицинскую организацию.

Врачебная комиссия специализированной медицинской организации не позднее 14 дней с даты поступления медицинских документов гражданина, а при очной консультации – не позднее 7 дней с даты консультации принимает решение о приеме гражданина на лечение в эту медицинскую организацию и информирует о принятом решении пациента и направившую медицинскую организацию.

15. Перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Медицинская профилактика осуществляется в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и направлена на профилактику заболеваний и формирование у населения навыков здорового образа жизни.

В рамках Программы осуществляются следующие мероприятия:

а) участие в информировании населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, о проведении диспансеризации, ее целях и задачах, проведение разъяснительной работы и мотивирование граждан к прохождению диспансеризации;

б) выполнение доврачебных медицинских исследований первого этапа диспансеризации (опрос, анкетирование) с целью выявления хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, туберкулеза, потребления наркотических средств и психотропных веществ;

в) определение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний;

г) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование и/или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта для граждан, отнесенных ко II и III группам состояния здоровья;

д) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего

жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи;

е) коррекция факторов риска у пациентов I группы состояния здоровья и факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у пациентов II группы состояния здоровья; при необходимости – назначение лекарственных препаратов для медицинского применения в целях фармакологической коррекции факторов риска;

ж) диспансерное наблюдение лиц, относящихся ко II и III группам состояния здоровья;

з) групповое обучение в школах здоровья, проведение лекций, бесед и индивидуального консультирования по вопросам ведения здорового образа жизни;

и) обучение медицинских работников лечебно-профилактических учреждений эффективным технологиям проведения профилактики неинфекционных заболеваний среди населения и формирования здорового образа жизни.

Медицинская профилактика осуществляется по видам медицинской помощи, входящим в территориальную программу обязательного медицинского страхования Оренбургской области, за счет средств обязательного медицинского страхования, по остальным видам медицинской помощи – за счет средств областного бюджета.

16. Порядок и размер возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме медицинскими организациями, осуществляющими свою деятельность на территории Оренбургской и не участвующими в реализации Программы.

Возмещение расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме медицинскими организациями, не участвующими в реализации Программы, при заболеваниях и состояниях, включенных в Программу, за исключением случаев, возникших по причине лекарственной ятрогении в результате медицинского вмешательства, осуществляется за счет средств бюджетных ассигнований областного бюджета в соответствии с договором о возмещении расходов, связанных с фактическим оказанием медицинской помощи в экстренной форме, заключенным между министерством здравоохранения Оренбургской области и медицинской организацией, не участвующей в реализации Программы, на основании сведений об оказании гражданам медицинской помощи в экстренной форме, представляемых медицинскими организациями, не участвующими в реализации Программы, в министерство здравоохранения Оренбургской области (далее – сведения).

Сведения представляются медицинскими организациями, не участвующими в реализации Программы, по форме, утверждаемой министерством здравоохранения Оренбургской области, в срок не позднее 30 календарных дней со дня окончания фактического оказания ими медицинской помощи в экстренной форме.

Срок возмещения расходов, связанных с оказанием медицинской по-

мощи медицинскими организациями, не участвующими в реализации Программы, устанавливается договором о возмещении расходов.

Возмещение расходов, связанных с оказанием медицинской помощи медицинскими организациями, не участвующими в реализации Программы, осуществляется в размере фактически произведенных ими расходов, но не выше тарифов, утвержденных тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования граждан в Оренбургской области.

IX. Целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи

Критерии качества медицинской помощи

№ п/п	Наименование критерия	Единица измерения	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год
1	2	3	4	5	6	7
1.	Удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе:	процентов от числа опрошенных	71,8	71,9	72	72,2
	городского населения		71,8	71,9	72	72,2
	сельского населения		71,8	71,9	72	72,2
2.	Смертность населения, в том числе:	число на 1000 человек населения	13,5	13,3	12,5	12,3
	городского населения		12,9	12,7	12,5	12,3
	сельского населения		14,3	14,1	13,9	13,7
3.	Смертность населения в трудоспособном возрасте	число на 100 тыс. человек населения трудоспособного возраста	560	530	500	470
4.	Доля умерших в трудоспособном возрасте на дому в общем числе умерших в трудоспособном возрасте	процентов	34	33	32	31
5.	Материнская смертность	число на 100 тыс. человек, родившихся живыми	10,2	10,2	10,2	10,2
6.	Младенческая смертность, в том числе в:	число на 1000 человек, родившихся живыми	5,8	5,6	5,4	5,3
	городской местности		5,6	5,4	5,2	5,1
	сельской местности		6	5,8	8,6	5,5
7.	Доля умерших в возрасте до 1 года на дому в общем числе умерших в возрасте до 1 года	процентов	11,6	11,5	11,5	11,4
8.	Смертность детей в возрасте 0–4 лет	число на 1000 человек, родившихся живыми	8,0	7,8	7,6	7,4
9.	Доля умерших в возрасте 0–4 лет на дому в общем числе умерших в возрасте 0–4 лет	процентов	11,25	11,2	11,1	11
10.	Смертность детей в возрасте 0–17 лет	число на 100 тыс. человек населения	68,0	67,0	65,0	63,0

1	2	3	4	5	6	7
		соответствующего возраста				
11.	Доля умерших в возрасте 0–17 лет на дому в общем числе умерших в возрасте 0–17 лет	процентов	15,5	15,4	15,3	15,2
12.	Доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года	процентов	4,7	4,7	4,7	4,7
13.	Доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации лиц старше трудоспособного возраста в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года у лиц старше трудоспособного возраста	процентов	5,0	5,0	5,0	5,0
14.	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	процентов	54,3	54,8	55,3	55,8
15.	Доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года	процентов	55,5	57,0	58,5	60,0
16.	Доля пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленных активно, в общем количестве пациентов со злокачественными новообразованиями, взятых под диспансерное наблюдение	процентов	30,4	30,5	30,6	30,7
17.	Доля лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, получающих антиретровирусную терапию, в общем числе лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека	процентов	34,3	36,3	38,3	40,3
18.	Доля впервые выявленных случаев фиброзно-кавернозного туберкулеза в общем количестве выявленных случаев туберкулеза в течение года	процентов	0,1	0,1	0,1	0,1
19.	Доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 12 часов от начала заболевания, в общем числе госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда	процентов	63	65	67	70
20.	Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем числе пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению	процентов	68	70	72	75
21.	Доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой скорой медицинской помощи проведен тромболизис, в общем числе пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, имеющих показания к	процентов	18	20	21	22

1	2	3	4	5	6	7
	его проведению, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи					
22.	Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем числе пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к ее проведению	процентов	25	25	25	25,5
23.	Доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем числе госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями	процентов	35	37,5	39	40
24.	Доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем числе пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры в первые 6 часов от начала заболевания	процентов	20	25	30	30
25.	Доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем числе пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры	процентов	4	4,5	5	5
26.	Количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках Программы	единиц	0	0	0	0

Критерии доступности медицинской помощи

№ п/п	Наименование критерия	Единицы измерения	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год
1	2	3	4	5	6	7
1.	Обеспеченность населения врачами – всего, в том числе:	число физических лиц на 10 тыс. населения	40,5	40,7	41,0	41,3
	городского населения		52,6	52,6	52,6	52,6
	сельского населения		21,7	21,9	22,2	22,5
	оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях – всего, в том числе:		22,3	22,5	22,7	22,9
	городскому населению		26,97	27	27,2	27,2
	сельскому населению		15,2	15,4	15,6	15,8
	оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях – всего, в том числе:		43,3	43,3	43,3	43,3

1	2	3	4	5	6	7
	городскому населению		22,6	22,6	22,6	22,6
	сельскому населению		5,6	5,6	5,6	5,6
2.	Обеспеченность населения средним медицинским персоналом – всего, в том числе:	число физических лиц на 10 тыс. населения	109,3	110	110,8	111,5
	городского населения		131,2	131,2	131,2	131,2
	сельского населения		101,5	102,2	102,9	103,6
	оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях – всего, в том числе:		54,5	54,6	54,7	54,7
	городскому населению		59,7	59,7	59,7	59,7
	сельскому населению		46,7	46,8	46,9	47
	оказывающим медицинскую помощь в стационарных условиях – всего, в том числе:		45,1	45,1	45,1	45,1
	городскому населению		61,3	61,3	61,3	61,3
	сельскому населению		20,7	20,7	20,7	20,7
3.	Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	процентов	8,1	8,2	8,2	8,2
4.	Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	процентов	2,6	2,3	2,2	2,2
5.	Доля охвата диспансеризацией взрослого населения, подлежащего диспансеризации	процентов	21	21	21	21
6.	Доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами взрослого населения – всего, в том числе проживающего:		39,7	41,8	45,3	56,6
	в городах		39,7	41,8	45,3	56,6
	в сельской местности		39,7	41,8	45,3	56,6
7.	Доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей – всего, в том числе проживающих:	процентов	98	98	98	98
	в городах		98	98	98	98
	в сельской местности		98	98	98	98
8.	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	процентов	1,5	1,5	1,5	1,5
9.	Число лиц, проживающих в сельской местности, которым оказана скорая медицинская помощь	число лиц на 1000 человек сельского населения	300	300	300	300

1	2	3	4	5	6	7
10.	Доля фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов, находящихся в аварийном состоянии и требующих капитального ремонта, в общем количестве фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов	процентов	9,3	7,4	5,8	6,1
11.	Доля посещений выездной патронажной службой на дому для оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в общем количестве посещений по паллиативной медицинской помощи взрослому населению	процентов	20	20	22	24
12.	Доля женщин, которым проведено ЭКО, в общем числе женщин с бесплодием	процентов	30	30	30	30