**Согласно Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 и плановый период 2020 и 2021 годов** **нормативы объема медицинской помощи:**

Средние 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 базовой программе обязательного медицинского страхования — в расчете на 1 застрахованное лицо. Средние нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Программой, и составляют:  
для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2019 год — 0,3 вызова на 1 застрахованное лицо, на 2020 и 2021 годы — 0,29 вызова на 1 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 бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2019 — 2021 годы — 0,73 посещения на 1 жителя (включая посещения по оказанию паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому), в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2019 год — 2,88 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2020 год — 2,9 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2021 год — 2,92 посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе:  
для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, на 2019 год — 0,79 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2020 год — 0,808 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2021 год — 0,826 посещения на 1 застрахованное лицо;  
для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, в рамках базовой программы обязательного  
20  
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 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2019 — 2021 годы — 0,144 обращения на 1 жителя;  
для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2019 год — 0,56 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2020 и 2021 годы — 0,54 посещения на 1 застрахованное лицо;  
для медицинской помощи в условиях дневных стационаров в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2019 — 2021 годы — 0,062 случая лечения на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология» на 2019 год — 0,00631 случая лечения на 1 застрахованное лицо, на 2020 год — 0,0065 случая лечения на 1 застрахованное лицо, на 2021 год — 0,00668 случая лечения на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2019 — 2021 годы — 0,004 случая лечения на 1 жителя;  
для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2019 — 2021 годы — 0,0146 случая госпитализации на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2019 год — 0,17443 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2020 год — 0,17557 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2021 год — 0,1761 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология» на 2019 год — 0,0091 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2020 год — 0,01023 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2021 год — 0,01076 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо;  
медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2019 год — 0,004 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2020 и 2021 годы — 0,005 случая госпитализации  
21  
на 1 застрахованное лицо (в том числе не менее 25 процентов для медицинской реабилитации детей в возрасте 0 — 17 лет с учетом реальной потребности);  
для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях (включая хосписы и больницы сестринского ухода) за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2019 — 2021 годы — 0,092 койко-дня на 1 жителя.  
Средние нормативы медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении составляют на 2019 год 0,000478 случая на 1 застрахованное лицо, на 2020 год — 0,000492 случая на 1 застрахованное лицо, на 2021 год — 0,000506 случая на 1 застрахованное лицо.  
Установленные в территориальных программах нормативы объема медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении с учетом реальной потребности, обусловленной в том числе количеством женщин фертильного возраста, могут быть обоснованно ниже или выше соответствующих средних нормативов, предусмотренных настоящим разделом Программы.  
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 базовую программу обязательного медицинского страхования, включается в средние нормативы объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.  
Нормативы объема скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, не включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования, включая медицинскую эвакуацию, устанавливаются субъектами Российской Федерации.  
Субъектами Российской Федерации на основе перераспределения объемов медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания устанавливаются дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, а также климатических и географических особенностей регионов.  
22  
В части медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет соответствующих бюджетов, с учетом более низкого (по сравнению со среднероссийским) уровня заболеваемости и смертности населения от социально значимых заболеваний на основе реальной потребности населения установленные в территориальных программах дифференцированные нормативы объема медицинской помощи могут быть обоснованно ниже средних нормативов, предусмотренных настоящим разделом Программы.  
В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в том числе в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности, в составе дифференцированных нормативов объема медицинской помощи территориальными программами могут устанавливаться объемы медицинской помощи с учетом использования санитарной авиации, телемедицинских технологий и передвижных форм оказания медицинской помощи.  
Установленные в территориальной программе нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных территориальной программой.

[**Полный текст документа «Распоряжение Правительства от 10 декабря 2018 г. № 1506»**](http://www.kinderklinika.ru/wp-content/uploads/2018/12/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%BC%D0%B0-%D0%B3%D0%BE%D1%81%D1%83%D0%B4%D0%B0%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D1%85-%D0%B3%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%B9-%D0%BD%D0%B0-2019-%D0%B3.pdf)

**В рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 и плановый период 2020 и 2021 годов 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 2019 год в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования – 0,309 вызова на 1 застрахованное лицо, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,3 вызова на 1 застрахованное лицо, сверх базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,009 вызова на 1 застрахованное лицо, на 2020 и 2021 годы в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования – 0,299 вызова на 1 застрахованное лицо, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,29 вызова на 1 застрахованное лицо, сверх базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,009 вызова на 1 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 бюджетных ассигнований краевого бюджета на 2019 год – 0,22254 посещения на 1 жителя, на 2020 год – 0,22374 посещения на 1 жителя, на 2021 год – 0,22502 посещения на 1 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 1 застрахованное лицо, на 2020 год – 2,9 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2021 год – 2,92 посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе:
* для проведения медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, на 2019 год – 0,79 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2020 год – 0,808 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2021 год – 0,826 посещения на 1 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 1 застрахованное лицо,   
  за счет бюджетных ассигнований краевого бюджета на 2019 год – 0,11751 обращения на 1 жителя, на 2020 год – 0,11815 обращения на 1 жителя, на 2021 год – 0,11882 обращения на 1 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 1 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 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология» на 2019 год – 0,00631 случая лечения на 1 застрахованное лицо, на 2020 год – 0,0065 случая лечения на 1 застрахованное лицо, на 2021 год – 0,00668 случая лечения на на 1 застрахованное лицо; за счет бюджетных ассигнований краевого бюджета на 2019 год – 0,00328 случая лечения на 1 жителя, на 2020 год – 0,0033 случая лечения на 1 жителя, на 2021 год – 0,00332 случая лечения на 1 жителя;
* для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях за счет бюджетных ассигнований краевого бюджета на 2019 год – 0,0090303 случая госпитализации на 1 жителя, на 2020 год – 0,0090791 случая госпитализации на 1 жителя, на 2021 год – 0,0091311 случая госпитализации на 1 жителя; в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2019 год – 0,1756 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2020 год – 0,17645 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2021 год – 0,1766 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, в том числе:
* для медицинской помощи по профилю «онкология» на 2019 год – 0,0091 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2020 год – 0,01023 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2021 год – 0,01076 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо;
* 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 1 застрахованное лицо; на 2020 и 2021 годы – 0,005 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо (в том числе не менее 25 процентов для медицинской реабилитации детей в возрасте 0 – 17 лет с учетом реальной потребности);
* для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях (включая хосписы и больницы сестринского ухода) за счет бюджетных ассигнований краевого бюджета на 2019 год – 0,010184 койко-дня на 1 жителя, на 2020 год – 0,010239 койко-дня на 1 жителя, на 2021 год – 0,010298 койко-дня на 1 жителя.

Нормативы медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении составляют: на 2019 год – 0,000478 случая на 1 застрахованное лицо, на 2020 год – 0,000492 случая на 1 застрахованное лицо, на 2021 год – 0,000506 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, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований краевого бюджета.

**Порядок и условия предоставления 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 № 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 № 406н.

Выбор медицинской организации гражданами, проживающими в закрытых административно-территориальных образованиях, на территориях с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенными 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 № 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 № 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 и Алтайского края предоставлено право на внеочередное оказание медицинской помощи, при предъявлении ими удостоверения единого образца, установленного законодательством.

Внеочередное оказание медицинской помощи организуется в медицинских организациях Алтайского края, входящих в перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Программы (приложение 3).

В регистратуре медицинской организации, приемном отделении и отделениях стационара на стендах и в иных общедоступных местах размещается информация о перечне отдельных категорий граждан и порядке реализации ими права на внеочередное оказание медицинской помощи.

Граждане, имеющие право на внеочередное оказание медицинской помощи и нуждающиеся в оказании амбулаторной медицинской помощи, обращаются в регистратуру медицинской организации по месту прикрепления, где их информируют о преимущественном праве на внеочередной прием и оказание медицинской помощи. Работник регистратуры выдает талон на прием к врачу без учета сроков ожидания, установленных Программой.

При наличии медицинских (клинических) показаний для проведения дополнительного медицинского обследования или лабораторных исследований при оказании амбулаторной медицинской помощи медицинской организацией организуется внеочередной прием необходимыми врачами-специалистами или проведение лабораторных исследований.

В случае необходимости оказания стационарной или медицинской помощи в условиях дневных стационаров врач медицинской организации выдает направление на госпитализацию с пометкой о льготе. Медицинская организация, оказывающая стационарную медицинскую помощь, организует внеочередную плановую госпитализацию.

В случае отсутствия необходимого вида медицинской помощи в медицинской организации, оказывающей стационарную медицинскую помощь и медицинскую помощь в дневных стационарах, при наличии показаний граждане направляются в соответствующую медицинскую организацию, участвующую в реализации Программы. Направление выдается на основании заключения врачебной комиссии направляющей медицинской организации с подробной выпиской и указанием цели направления.

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

При оказании в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи 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](consultantplus://offline/ref=66DD6C5E2C323B06D6B9D299D03BAA7F5F786AB702C0AF1E00E37B10C6AD772212D8DBD7FC40B737C4BF379E24E35FA58E1449F9032614E2pAU5E) жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=66DD6C5E2C323B06D6B9D299D03BAA7F5E7169B703C8AF1E00E37B10C6AD772200D883DBFD48A937C4AA61CF61pBUEE) от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», и медицинскими изделиями, включенными в утвержденный Правительством Российской Федерации [перечень](consultantplus://offline/ref=66DD6C5E2C323B06D6B9D299D03BAA7F5F726AB301C2AF1E00E37B10C6AD772212D8DBD7FC40B736CFBF379E24E35FA58E1449F9032614E2pAU5E)медицинских изделий, имплантируемых в организм человека. [Порядок](consultantplus://offline/ref=66DD6C5E2C323B06D6B9D299D03BAA7F5E7063B604C9AF1E00E37B10C6AD772212D8DBD7FC40B737C6BF379E24E35FA58E1449F9032614E2pAU5E) формирования перечня медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, устанавливается Правительством Российской Федерации.

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 по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством Российской Федерации, 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 VI типов, лиц 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 медицинские изделия 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 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» и выбравших ежемесячную денежную выплату, 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 с острым инфарктом миокарда, острым коронарным синдромом после ангиопластики (стентирование) в течение одного календарного года после оказания им специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи лекарственными препаратами согласно перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Алтайского края;

обеспечение лекарственными препаратами больных хронической обструктивной болезнью легких лекарственными препаратами согласно перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Алтайского края;

обеспечение детей, больных сахарным диабетом и находящихся на помповой инсулинотерапии, расходными материалами для инсулиновых помп (инфузионная система в составе: картрижд (резервуар) и набор для инфузии (катетер и канюля)).

Обеспечение граждан донорской кровью и (или) ее компонентами для клинического использования осуществляется бесплатно при оказании медицинской помощи в рамках реализации Программы в медицинских организациях Алтайского края, участвующих в реализации Программы.

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.