

УТВЕРЖДЕНА  
постановлением Правительства  
Республики Бурятия  
от 24.12.2013 № 697

**Программа  
государственных гарантий бесплатного оказания гражданам  
медицинской помощи на территории Республики Бурятия на 2014 год  
и на плановый период 2015 и 2016 годов**

1. Общие положения

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Республики Бурятия на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов (далее - Программа) устанавливает перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также порядок и условия предоставления медицинской помощи, критерии доступности и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации (далее - граждане) на территории Республики Бурятия бесплатно.

II. Виды, условия и формы оказания медицинской помощи

В рамках настоящей Программы бесплатно предоставляются:

- первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

Первичная медико-санитарная помощь 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 форме.

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

Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и 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 оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

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 медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам 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, послеродовый период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

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

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

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

Гражданам медицинская помощь оказывается бесплатно при следующих заболеваниях и состояниях:

инфекционные и паразитарные болезни;

новообразования;

болезни эндокринной системы;

расстройства питания и нарушения обмена веществ;  
болезни нервной системы;  
болезни крови, кроветворных органов;  
отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;  
болезни глаза и его придаточного аппарата;  
болезни уха и сосцевидного отростка;  
болезни системы кровообращения;  
болезни органов дыхания;  
болезни органов пищеварения;  
болезни мочеполовой системы;  
болезни кожи и подкожной клетчатки;  
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;  
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;  
врожденные аномалии (пороки развития);  
деформации и хромосомные нарушения;  
беременность, роды, послеродовый период и аборт;  
отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период;  
психические расстройства и расстройства поведения;  
симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям.

Отдельным категориям граждан:

предоставляется обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации;

проводится диспансеризация и профилактические медицинские осмотры в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, включая взрослое население в возрасте 18 лет и старше, в том числе работающих и неработающих граждан, обучающихся в общеобразовательных организациях по очной форме, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, и другие категории.

#### IV. Финансовое обеспечение Программы

Медицинская помощь на территории Республики Бурятия оказывается за счет федерального, республиканского бюджетов, а также средств обязательного медицинского страхования.

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

застрахованным лицам оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе III Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунитета, психических расстройств и расстройств поведения;

осуществляется финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях.

В составе территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо устанавливаются нормативы объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи и норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовой программе обязательного медицинского страхования);

медицинской эвакуации, осуществляемой федеральными медицинскими организациями по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации;

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями, подведомственному Федеральному медико-биологическому агентству, населению закрытых административно-

территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовой программе обязательного медицинского страхования);

специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук, за исключением медицинской помощи, осуществляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования;

высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, в том числе путем предоставления субсидий республиканскому бюджету;

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

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

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

предоставления республиканскому бюджету субвенций на обеспечение лекарственными препаратами, предназначенными для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством Российской Федерации, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных препаратов, утверждаемому Правительством Российской Федерации;

предоставления республиканскому бюджету субвенций на оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан в виде набора социальных услуг в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также

специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов в соответствии с пунктом 1 части 1 статьи 6 Федерального закона «О государственной социальной помощи»;

дополнительных мероприятий, установленных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

За счет бюджетных ассигнований республиканского бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

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

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

паллиативной медицинской помощи;

высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях Республики Бурятия, правила финансового обеспечения, которой определяются Правительством Республики Бурятия.

За счет бюджетных ассигнований республиканского бюджета осуществляется:

обеспечение граждан зарегистрированными 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;

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 (приложение № 4 к настоящей Программе);

обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой (приложение № 4 к настоящей Программе).

В рамках территориальной программы за счет средств республиканского бюджета и средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение проведения осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, а также оказания медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе.

Кроме того, за счет средств республиканского бюджета оказывается медицинская помощь и предоставляются иные государственные услуги (работы) в медицинских организациях, за исключением видов медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования, в лепрозориях, центрах по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита и инфекционными заболеваниями, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах охраны здоровья семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования), центрах профессиональной патологии, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро, медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, в центрах крови, на станциях переливания крови, домах ребенка, включая специализированные, молочных кухнях и прочих медицинских организациях, входящих в [номенклатуру](#) медицинских организаций, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации.

#### V. Нормативы объема медицинской помощи

Нормативы объема медицинской помощи по ее видам в целом по Программе рассчитываются в единицах объема на 1 жителя в год, по 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 2014 - 2016 годы - в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 0,318 вызова на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), на 2014 год - 2,77 посещения на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 2,27 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год - 2,95 посещения на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 2,35 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 2,98 посещения на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 2,38 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, на 2014 год - 2,12 обращения (законченного случая лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2) на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 1,92 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год - 2,15 обращения на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 1,95 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 2,18 обращения на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 1,98 обращения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2014 год - 0,46 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год - 0,6 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 0,6 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в условиях дневных стационаров на 2014 год - 0,691 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 0,60 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, 2015 год - 0,71 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 0,59 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 0,735 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 0,61 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в стационарных условиях на 2014 год - 0,208 случая госпитализации (законченного случая лечения в стационарных условиях) на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 0,193 случая

госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2015 год - 0,193 случая госпитализации на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 0,172 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 0,193 случая госпитализации на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 0,172 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» и реабилитационных отделениях медицинских организаций в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2014 год - 0,03 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2015 год – 0,033 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 0,039 койко-дня на 1 застрахованное лицо;

для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях на 2014 год - 0,092 койко-дня на 1 жителя, на 2015 год - 0,112 койко-дня на 1 жителя, на 2016 год - 0,115 койко-дня на 1 жителя.

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 амбулаторной и стационарной помощи и обеспечиваются за счет бюджетных ассигнований республиканского бюджета.

Объемы предоставления медицинской помощи медицинскими учреждениями и другими медицинскими организациями, участвующими в реализации программы оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Республики Бурятия представлены в приложении №3 к настоящей Программе.

#### VI. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, способы оплаты медицинской помощи, порядок формирования и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 2014 год составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования - 2039,1 рубля;

на 1 посещение с профилактической и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств республиканского бюджета (далее - соответствующие бюджеты) –

504,1 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 445,4 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов – 1462,0 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 1304,9 рубля;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования - 570,2 рубля;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов – 835,3 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 1108,6 рубля;

на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств обязательного медицинского страхования – 133 464,0 рублей;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов – 86448,2 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 26 840,3 рубля;

на 1 койко-день по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» и реабилитационных отделениях медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования - 1872,1 рубля;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов - 1654,3 рубля.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, на 2015 и 2016 годы составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования 2290,3 рубля на 2015 год, 2366,7 рубля на 2016 год;

на 1 посещение с профилактической и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов – 689,1 рубля на 2015 год, 718,7 рубля на 2016 год, за счет средств обязательного медицинского страхования 507,9 рубля на 2015 год, 514,4 рубля на 2016 год;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями

(их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов – 1929,3 рубля на 2015 год, 2012,2 рубля на 2016 год, за счет средств обязательного медицинского страхования - 1480,6 рубля на 2015 год, 1543,2 рубля на 2016 год;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования - 650,1 рубля на 2015 год, 654,3 рубля на 2016 год;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов – 1127,5 рубля на 2015 год, 1177,0 рубля на 2016 год, за счет средств обязательного медицинского страхования – 1894,3 рубля на 2015 год, 1915,0 рубля на 2016 год;

на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств обязательного медицинского страхования - 173588 рубля на 2015 год, 182267 рубля на 2016 год;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов - 122291,3 рубля на 2015 год, 127549,3 рубля на 2016 год, за счет средств обязательного медицинского страхования - 32488,5 рубля на 2015 год, 34068,5 рубля на 2016 год;

на 1 койко-день по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» и реабилитационных отделениях медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования - 2227,4 рубля на 2015 год, 2349,1 рубля на 2016 год;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов 3280,3 рублей на 2015 год, 3,421,4 рубля на 2016 год.

Подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют:

в 2014 году – 13214,8 рубля, в 2015 году - 17822 рубля, в 2016 году – 18625,6 рубля, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2014 году - 10437,1 рубля, в 2015 году – 12272,7 рубля, в 2016 году - 12825 рубля.

Сводный расчет стоимости Программы, оказываемой за счет средств республиканского бюджета (без учета расходов федерального бюджета) и средств обязательного медицинского страхования, нормативы финансовых затрат на единицу медицинской помощи, подушевые нормативы

финансирования Программы представлены в приложении №1 к настоящей Программе.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются тарифным соглашением между уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, представителями страховых медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, создаваемой в субъекте Российской Федерации в установленном порядке.

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

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, включая 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.

Формирование тарифов на медицинскую помощь, предоставляемую в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, осуществляется Министерством здравоохранения Республики Бурятия совместно с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Бурятия в соответствии с:

Методикой определения дифференцированных подушевых нормативов для расчета страховых медицинских организаций с медицинскими организациями, оказывающими амбулаторно-поликлиническую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и имеющими прикрепленное население, утвержденной постановлением Правительства Республики Бурятия от 04.12.2007 года №387;

Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-профильную группу заболеваний;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-профильную группу заболеваний;

при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в

транспортном средстве при медицинской эвакуации) - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

## VII. Порядок и условия предоставления бесплатной медицинской помощи, критерии доступности и качества медицинской помощи

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Республики Бурятия определяет:

7.1. 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).

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

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

Отдельные категории граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации имеют право на внеочередное оказание медицинской помощи.

Плановая амбулаторно-поликлиническая и стационарная медицинская помощь оказывается отдельным категориям граждан во внеочередном порядке в государственных учреждениях здравоохранения в Республике Бурятия и иных медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению Российской Федерации на территории Республики Бурятия.

Плановая амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается в лечебно-профилактическом учреждении, к которому вышеуказанные категории граждан прикреплены (далее - учреждения здравоохранения по месту прикрепления). Учреждения здравоохранения по месту

прикрепления организуют учет и динамическое наблюдение за состоянием здоровья отдельных категорий граждан.

Плановая стационарная медицинская помощь оказывается в лечебно-профилактическом учреждении по направлению лечащего врача. Направление отдельных категорий граждан в учреждения здравоохранения для оказания им внеочередной медицинской помощи осуществляется на основании заключения врачебной комиссии учреждения здравоохранения по месту прикрепления с подробной выпиской и указанием цели направления.

Врачебные комиссии на основании заключения врачебной комиссии учреждения здравоохранения по месту прикрепления согласовывают с учреждением здравоохранения (в соответствии с их профилем) дату направления отдельных категорий граждан на внеочередное лечение. Учреждение здравоохранения обеспечивает консультативный прием отдельных категорий граждан вне очереди в день обращения, а по показаниям - внеочередное стационарное обследование и лечение не позднее 7 дней с даты их обращения.

Обследование и лечение отдельных категорий граждан в федеральных учреждениях здравоохранения осуществляется в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 17.11.2004 № 646 «Об утверждении Правил внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан по программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в федеральных учреждениях здравоохранения».

7.3. Порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, донорской кровью и ее компонентами, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи.

Лекарственное обеспечение амбулаторно-поликлинической помощи (за исключением дневного стационара, стационара на дому и центра амбулаторной хирургии) по видам медицинской помощи и услугам, включенным в Программу, осуществляется за счет личных средств населения, за исключением:

- лекарственного обеспечения лиц, имеющих льготы, установленные действующим законодательством и федеральными нормативно-правовыми актами, нормативно-правовыми актами Республики Бурятия;

- лекарственного обеспечения экстренной и неотложной медицинской помощи.



Объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного больного определяется лечащим врачом в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи.

Лекарственные препараты больному в стационаре предоставляются согласно утвержденным стандартам оказания медицинской помощи.

7.4. Перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках Программы.

В рамках Программы осуществляются следующие мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни:

- мероприятия по комплексному обследованию и динамическому наблюдению в центрах здоровья;

- мероприятия по гигиеническому обучению и воспитанию населения в центрах и кабинетах медицинской профилактики;

- профилактические прививки населению, включенные в Национальный календарь профилактических прививок, и профилактические прививки по эпидемическим показаниям;

- профилактические медицинские осмотры граждан (за исключением предварительных и периодических медицинских осмотров лиц, контактирующих с вредными и (или) опасными производственными факторами и иных видов профилактических медицинских осмотров, проведение которых предусмотрено нормативными правовыми актами Российской Федерации за счет средств работодателей и (или) личных средств граждан);

- профилактические медицинские осмотры, включая лабораторные обследования детей (до 18 лет), в том числе при поступлении в учебные заведения;

- мероприятия по профилактике наркологических расстройств и расстройств поведения;

- мероприятия по профилактике абортов.

7.5. Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Программы, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования приведен в приложении №2 к настоящей Программе.

7.6. Условия пребывания в медицинских организациях при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до

достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний.

При госпитализации детей до 4 лет и старше (от 4 до 17 лет) при наличии медицинских показаний для индивидуального ухода одному из родителей или иному члену семьи предоставляется право в интересах лечения ребенка находиться вместе с ним в больничном учреждении в течение всего времени лечения. Время нахождения в стационарах здоровых детей до их устройства в дома ребенка или иные стационарные учреждения для детей, оставшихся без попечения родителей, не может превышать 37 дней.

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

Медицинские показания к размещению пациентов в маломестных палатах (боксах): болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) - В20 - В24; кистозный фиброз (муковисцидоз) - Е84; злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных тканей - С81 - С96; термические и химические ожоги - Т2 - Т32; заболевания, вызванные метициллин (оксациллин) - резистентным золотистым стафилококком или ванкомицинрезистентным энтерококком (пневмония - J15.2, J15.8, менингит - G00.3, G 00.8, остеомиелит - М86, В 95.6, В 96.8, острый и подострый инфекционный эндокардит - I33.0, инфекционно-токсический шок - А48.3, сепсис - А41.0, А41.8, недержание кала (энкопрез) - R15, F98.1, недержание мочи - R32, N39.3, N39.4, заболевания, сопровождающиеся тошнотой и рвотой - R11).

Эпидемиологические показания к размещению пациентов в маломестных палатах (боксах) - некоторые инфекционные и паразитарные болезни (А00 - А99, В00 - В19, В25 - В83, В85 - В99).

7.8. Порядок предоставления транспортных услуг при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях.

При оказании медицинской помощи в рамках Программы не подлежат оплате за счет личных средств граждан транспортные услуги при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований - при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту, или перевода пациента для продолжения стационарного лечения.

7.9. Условия и сроки диспансеризации населения для отдельных категорий населения.

Диспансеризация взрослого населения (работающее, неработающее, обучающиеся в образовательных организациях) осуществляется медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, и структурными подразделениями иных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, и организуется по территориально-участковому принципу.

Диспансеризация взрослого населения проводится 1 раз в 3 года. Первая диспансеризация проводится гражданину в календарный год, в котором ему исполняется 21 год, последующие - с трехлетним интервалом на протяжении всей жизни. Инвалиды и ветераны Великой Отечественной войны, супруги погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны, лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда», обучающиеся в образовательных организациях, независимо от возраста проходят диспансеризацию ежегодно.

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

При предоставлении плановой амбулаторной помощи ожидание приема участкового врача (терапевта, педиатра, врача общей (семейной) практики) не должно превышать двух рабочих дней, узких врачей-специалистов - 10 рабочих дней с момента обращения. Предоставление плановой амбулаторной помощи детям до трех лет и беременным женщинам должно осуществляться в день обращения. Сроки ожидания плановых диагностических (инструментальных и лабораторных) исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме не должны превышать 10 рабочих дней; проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме - не более 30 рабочих дней. Время ожидания медицинского работника - в течение времени работы поликлиники, для детей первого года жизни и детей из группы риска время ожидания не должно превышать 3 часов. Время ожидания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме - не более 2 часов с момента обращения. В дневном стационаре медицинского учреждения больному предоставляется койко-место на период не менее 3 часов в течение дня, ежедневный врачебный осмотр, кроме выходных дней, лекарственные средства согласно стандарту медицинской помощи. Время ожидания плановой госпитализации в круглосуточный стационар для оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи определяется очередностью и не превышает 30 дней с момента выдачи направления на плановую госпитализацию лечащим врачом (при условии обращения пациента за госпитализацией в рекомендуемые

лечащим врачом сроки) . Предоставление плановой стационарной помощи детям до трех лет и беременным женщинам должно осуществляться в течение 48 часов. Плановая госпитализация при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с листом ожидания. Осуществляется информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

## VIII. Критерии доступности и качества медицинской помощи

Критериями доступности и качества медицинской помощи являются:

8.1. удовлетворенность населения медицинской помощью (процентов от числа опрошенных) - 49%, в том числе городского - 49%, сельского населения 49%;

8.2. смертность населения (число умерших на 1000 человек населения) - 12,4 на 1000 населения, в том числе городского - 11,4 на 1000 населения, сельского населения - 13,9 на 1000 населения;

8.3. смертность населения от болезней системы кровообращения (число умерших от болезней системы кровообращения на 100 тыс. человек населения) - 591,2 на 100 тыс. населения, в том числе городского - 584,4 на 100 тыс. населения, сельского населения - 600,5 на 100 тыс. населения;

8.4. смертность населения от новообразований, в том числе от злокачественных (число умерших от новообразований, в том числе от злокачественных, на 100 тыс. населения) - 176,6 на 100 тыс. населения, в том числе городского - 178,7 на 100 тыс. населения, сельского населения - 174,0 на 100 тыс. населения;

8.5. смертность населения от туберкулеза (случаев на 100 тыс. человек населения) - 14,5 на 100 тыс. населения, в том числе городского - 13,0 на 100 тыс. населения, сельского населения - 16,0 на 100 тыс. населения;

8.6. смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения) - 692,1 на 100 тыс. населения;

8.7. смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения (число умерших от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения) - 166,5 на 100 тыс. населения;

8.8. материнская смертность (на 100 тыс. родившихся живыми) - 16,0 на 100 тыс. родившихся живыми;

8.9. младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми) - 8,3 на 1000 родившихся живыми, в том числе в городской местности - 6,2 на 1000

родившихся живыми, сельской местности - 10,5 на 1000 родившихся живыми;

8.10. смертность детей в возрасте 0-4 года (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста) - 223,7 на 100 тыс. населения;

8.11. смертность детей в возрасте 0-17 лет (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста) - 116,4 на 100 тыс. населения;

8.12. доля больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете - 51%;

8.13. обеспеченность населения врачами (человек на 10 тыс. населения, включая городское и сельское население), в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях - 36,9 на 10 тыс. населения;

8.14. обеспеченность населения средним медицинским персоналом (человек на 10 тыс. населения, включая городское и сельское население), в том числе, оказывающими медицинскую помощь, в амбулаторных и стационарных условиях - 96,6 на 10 тыс. населения;

8.15. средняя длительность лечения в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях - 11,5 дней;

8.16. эффективность деятельности медицинских организаций, в том числе расположенных в городской и сельской местности (на основе оценки выполнения функции врачебной должности, показателей рационального и целевого использования коечного фонда):

8.16.1. среднегодовая занятость круглосуточной койки - 328 дней;

8.16.2. число посещений с профилактической целью на 1 жителя - 2,77 на 1 жителя, в связи с заболеваниями - 2,12 обращения на 1 жителя, в неотложной форме - 0,46 посещения на 1 жителя;

8.17. доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на территориальную программу - 5,7%;

8.18. доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на территориальную программу - 1,9%;

8.19. доля расходов на оказание паллиативной медицинской помощи в общих расходах на территориальную программу - 1,1%;

8.20. удельный вес числа пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленными на ранних стадиях, в общем числе пациентов с впервые выявленными злокачественными новообразованиями

- 39%;

8.21. полнота охвата профилактическими осмотрами детей - 60%, в том числе проживающих в городской - 60% и сельской местности - 60%;

8.22. удельный вес числа пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в федеральных медицинских организациях, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 0,3%;

8.23. число лиц, проживающих в сельской местности, которым оказана скорая медицинская помощь, на 1000 человек сельского населения - 224,2 на 1000 населения;

8.24. доля фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов, находящихся в аварийном состоянии и требующих капитального ремонта, в общем количестве фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов - 49,7%;

8.25. доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до пациента менее 20 минут с момента вызова в общем числе вызовов - 82%.

8.26. удельный вес числа лиц в возрасте 18 лет и старше, прошедших диспансеризацию, в общем количестве лиц в возрасте 18 лет и старше, подлежащих диспансеризации - 85%, в том числе проживающих в городской - 85% и сельской местности - 85%;

8.27. удельный вес числа пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда - 53%;

8.28. удельный вес числа пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда - 30%;

8.29. удельный вес числа пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда - 16,6%;

8.30. количество проведенных выездной бригадой скорой медицинской помощи тромболизисов у пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда и с острыми цереброваскулярными болезнями в расчете на 100 пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда и с острыми цереброваскулярными болезнями, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи - 7,5 на 100 пациентов;

8.31. удельный вес числа пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями - 34,2%;

8.32. удельный вес числа пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия в первые 6 часов госпитализации, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом - 2,2%;

8.33. количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы - 0,12 ед. на 1000 чел. населения.