

ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Порядок и условия предоставления бесплатной медицинской помощи гражданам на территории Курганской области распространяются на все медицинские организации, участвующие в реализации Программы, в том числе Программы ОМС.

[Перечень](#) медицинских организаций, участвующих в реализации Программы, в том числе Программы ОМС, приведен в приложении 1 к Программе.

Медицинская помощь гражданам в медицинских организациях, участвующих в реализации Программы, осуществляется в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи.

Медицинские организации, участвующие в реализации Программы, обязаны обеспечить преемственность оказания медицинской помощи, в том числе в выходные и праздничные дни, в период отсутствия специалистов, в случае оказания экстренной и неотложной помощи.

При обращении в медицинскую организацию, участвующую в реализации Программы ОМС, за медицинской помощью в плановом порядке граждане предъявляют документ, удостоверяющий личность, и полис ОМС (далее - страховой медицинский полис).

Оказание первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется преимущественно по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом положений [статьи 21](#) Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Распределение населения по участкам осуществляется руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан.

Для получения медицинской помощи граждане имеют право на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача), а также на выбор медицинской организации на основании [статьи 21](#) Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в [порядке](#), утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 года N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи".

Реализация права на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача), осуществляется при следующих условиях:

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 не чаще одного раза 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 с учетом их согласия путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;

при отсутствии волеизъявления гражданина о выборе врача при оказании первичной медико-санитарной помощи прикрепление гражданина к врачу-терапевту, врачу-терапевту участковому, врачу-педиатру, врачу-педиатру участковому, врачу общей практики (семейному врачу) или фельдшеру осуществляется руководителем медицинской организации с учетом рекомендуемой численности прикрепленного населения на врачебных участках;

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 Программой.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, по направлению медицинских работников, оказывающих первичную доврачебную и первичную врачебную медико-санитарную помощь, а также при самостоятельном обращении пациента в медицинскую организацию.

Мероприятия по восстановительному лечению и реабилитации больных осуществляются в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, иных медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, включая центры восстановительной медицины и реабилитации, в том числе детские, а также санатории, в том числе детские и для детей с родителями.

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Порядок и условия предоставления гражданам амбулаторной медицинской помощи:

оказание первичной медико-санитарной помощи в плановом порядке осуществляется в день обращения, а также по предварительной записи пациентов, в том числе в электронной форме;

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

оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме осуществляется в течение не более двух часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

медицинская помощь на дому по вызову гражданина или по инициативе медицинского работника (активное патронажное посещение) оказывается врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) или другими врачами-специалистами, фельдшером, медицинской сестрой;

время ожидания медицинского работника не должно превышать восьми часов с момента регистрации вызова в медицинской организации, участвующей в реализации Программы, за исключением детей первого года жизни и детей медико-биологического риска, когда время ожидания не должно превышать четырех часов;

медицинская помощь детям до 15 лет оказывается в присутствии родителей или их законных представителей;

в случае оказания медицинской помощи детям до 15 лет в отсутствие их родителей или их законных представителей врач предоставляет последним исчерпывающую информацию о состоянии здоровья ребенка и об оказанной медицинской помощи;

проведение консультаций пациентов на дому врачами-специалистами осуществляется после осмотра врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым или врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером при наличии медицинских показаний;

сроки проведения консультаций врачей-специалистов медицинских организаций по направлению врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;

сроки проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональную диагностику, ультразвуковые

исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 календарных дней со дня назначения;

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

при невозможности оказания медицинской помощи того или иного профиля в медицинской организации по месту жительства (прикрепления) данные услуги оказываются в других медицинских организациях по направлению лечащего врача;

показания и объемы диагностических и лечебных мероприятий определяются лечащим врачом (в необходимых случаях - врачебным консилиумом, врачебной комиссией).

Порядок и условия предоставления гражданам медицинской помощи в стационарных условиях:

медицинская помощь в стационарных условиях предоставляется гражданам больничными учреждениями и другими медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы, или их соответствующими структурными подразделениями;

госпитализация в стационар осуществляется по медицинским показаниям:

по направлению лечащего врача независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности медицинской организации;

при оказании скорой медицинской помощи;

при самостоятельном обращении пациента по экстренным и плановым показаниям в приемное отделение медицинской организации, участвующей в реализации Программы;

медицинская помощь в неотложной или экстренной форме оказывается гражданам с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания;

плановая госпитализация осуществляется при наличии у больного листа ожидания с подтвержденной датой госпитализации, результатами диагностических исследований, которые могут быть проведены в амбулаторных условиях;

допускается наличие очередности и ожидания на плановую госпитализацию;

сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию (при условии обращения пациента за госпитализацией в рекомендуемые лечащим врачом сроки), а для пациентов с онкологическими заболеваниями - не должны превышать 14 календарных дней с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления диагноза заболевания (состояния);

время пребывания в приемном покое при госпитализации не должно превышать одного часа;

пациенту предоставляется возможность выбора лечащего врача (с учетом согласия врача);

пациенты обеспечиваются лечебным питанием, а в случае необходимости (по медицинским показаниям) лечебно-профилактическим питанием по физиологическим нормам, утвержденным в установленном порядке;

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, указанным лицам бесплатно предоставляется спальное место и питание;

показания и объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяется лечащим врачом (в необходимых случаях - врачебным консилиумом, врачебной комиссией);

назначение лекарственных препаратов и специализированных продуктов лечебного питания, донорской крови и ее компонентов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, пожизненным показаниям) по решению врачебной комиссии, которое фиксируется в медицинской карте стационарного больного и журнале врачебной комиссии.

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

Порядок и условия предоставления медицинской помощи в дневных стационарах всех типов:

госпитализация гражданина в дневные стационары медицинских организаций осуществляется по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или другого врача-специалиста для проведения комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения;

при плановой госпитализации возможно наличие очереди, срок ожидания не должен превышать 30 календарных дней с даты регистрации обращения гражданина в медицинскую организацию, участвующую в реализации Программы;

проведение лечебно-диагностических манипуляций осуществляется после осмотра гражданина врачом дневного стационара в день госпитализации;

показания и объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяется лечащим врачом;

назначение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, для оказания медицинской помощи в дневных стационарах всех типов допускается в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии, которое фиксируется в медицинской карте стационарного больного и журнале врачебной комиссии.

Время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента ее вызова при удаленности места вызова не более 30 км.

При удаленности места вызова от 30 до 50 км время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 30 минут, от 50 км и более - 40 минут.

Время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в неотложной форме не должно превышать 120 минут с момента ее вызова вне зависимости от удаленности места вызова.

При обращении гражданина в случае нарушения его прав на получение бесплатной медицинской помощи возникающие проблемы в досудебном порядке обязаны решать:

руководитель структурного подразделения медицинской организации, руководитель медицинской организации;

страховая медицинская организация, включая своего страхового представителя;

Департамент здравоохранения Курганской области, Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Курганской области, Территориальный фонд ОМС Курганской области;

общественные организации, включая Общественный совет по вопросам развития здравоохранения Курганской области при Департаменте здравоохранения Курганской области, региональное отделение Общественного совета по защите прав пациентов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения при Территориальном органе Росздравнадзора по Курганской области, профессиональные некоммерческие медицинские и пациентские организации.

СРЕДНИЕ НОРМАТИВЫ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с нормативами объемов медицинской помощи (далее - федеральные нормативы), определенными [постановлением](#) Правительства Российской Федерации "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов", проведен расчет территориальных нормативов объемов бесплатной медицинской помощи (далее - территориальные нормативы).

При расчете территориальных нормативов учтены:

порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи;

особенности половозрастного состава населения Курганской области;

уровень и структура заболеваемости населения Курганской области, основанные на данных медицинской статистики;

климатические и географические особенности Курганской области и транспортная доступность медицинских организаций;

сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения, в том числе уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

Территориальные нормативы рассчитаны в 2018 году на численность населения Курганской области, составляющую 849 750 человек, на численность застрахованного населения, составляющую 887 252 человека, в 2019 году - на численность населения Курганской области, составляющую 834 599 человек, на численность застрахованного населения, составляющую 887 252 человека, в 2020 году - на численность населения Курганской области, составляющую 825 110 человек, численность застрахованного населения, составляющую 887 252 человека.

На основе полученных территориальных нормативов осуществлен расчет стоимости реализации на территории Курганской области планируемых объемов медицинской помощи, предусмотренных Программой, включающей Программу ОМС.

Средние нормативы объема медицинской помощи по ее видам в целом по Программе определяются в единицах объема в расчете на 1 жителя в год, по Программе ОМС - в расчете на 1 застрахованное лицо. Средние территориальные 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, на 2018 - 2020 годы в рамках Программы ОМС - 0,300 вызова на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований - 0,004 вызова на 1 жителя;

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, а также разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования), на 2018 год в рамках Программы ОМС - 2,35 посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе по уровням оказания медицинской помощи: 1 уровень - 1,94 посещения на 1 застрахованное лицо, 2 уровень - 0,22 посещения на 1 застрахованное лицо, 3 уровень - 0,19 посещения на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований - 0,7 посещения на 1 жителя, в том

числе по уровням оказания медицинской помощи: 1 уровень - 0,2 посещения на 1 жителя, 2 уровень - 0,1 посещения на 1 жителя, 3 уровень - 0,4 посещения на 1 жителя; на 2019 - 2020 годы в рамках Программы ОМС - 2,35 посещения на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований - 0,7 посещения на 1 жителя;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, на 2018 год в рамках Программы ОМС - 1,98 обращения на 1 застрахованное лицо (законченного случая лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2), в том числе по уровням оказания медицинской помощи: 1 уровень - 1,475 обращения на 1 застрахованное лицо, 2 уровень - 0,188 обращения на 1 застрахованное лицо, 3 уровень - 0,317 обращения на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований - 0,2 обращения на 1 жителя, в том числе по уровням оказания медицинской помощи: 1 уровень - 0,08 обращения на 1 жителя, 2 уровень - 0,02 обращения на 1 жителя, 3 уровень - 0,1 обращения на 1 жителя; на 2019 - 2020 годы в рамках Программы ОМС - 1,98 обращения на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований - 0,2 обращения на 1 жителя;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, на 2018 год в рамках Программы ОМС - 0,56 посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе по уровням оказания медицинской помощи: 1 уровень - 0,478 посещения на 1 застрахованное лицо, 2 уровень - 0,057 посещения на 1 застрахованное лицо, 3 уровень - 0,025 посещения на 1 застрахованное лицо; на 2019 - 2020 годы в рамках Программы ОМС - 0,56 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в условиях дневных стационаров на 2018 год в рамках Программы ОМС - 0,063 случая лечения на 1 застрахованное лицо, в том числе по уровням оказания медицинской помощи: 1 уровень - 0,037 случая лечения на 1 застрахованное лицо, 2 уровень - 0,008 случая лечения на 1 застрахованное лицо, 3 уровень - 0,018 случая лечения на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований - 0,004 случая лечения на 1 жителя, в том числе по уровням оказания медицинской помощи: 2 уровень - 0,001 случая лечения на 1 жителя, 3 уровень - 0,003 случая лечения на 1 жителя; на 2019 - 2020 годы в рамках Программы ОМС - 0,061 случая лечения на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований - 0,004 случая лечения на 1 жителя;

для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях на 2018 год в рамках Программы ОМС - 0,17246 случая госпитализации (законченного случая лечения в стационарных условиях) на 1 застрахованное лицо, в том числе по уровням оказания медицинской помощи: 1 уровень - 0,05346 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, 2 уровень - 0,037 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, 3 уровень - 0,082 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 Программы ОМС на 2018 год - 0,048 койко-дня на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований - 0,016 случая госпитализации (законченного случая лечения в стационарных условиях) на 1 жителя, в том числе по уровням оказания медицинской помощи: 1 уровень - 0,001 случая госпитализации на 1

жителя, 2 уровень - 0,003 случая госпитализации на 1 жителя, 3 уровень - 0,012 случая госпитализации на 1 жителя; на 2019 - 2020 годы в рамках Программы ОМС - 0,173 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 отделений медицинских организаций в рамках Программы ОМС на 2019 год - 0,058 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2020 год - 0,070 койко-дня на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований на 2018 - 2020 годы - 0,016 случая госпитализации на 1 жителя;

для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях за счет бюджетных ассигнований на 2018 - 2020 годы - 0,092 койко-дня на 1 жителя.

Порядок и условия предоставления бесплатной медицинской помощи гражданам в ГБУ "Санаторий "Озеро Горькое"

Медицинская помощь гражданам в санатории, осуществляется в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи.

Порядок и условия предоставления гражданам медицинской помощи в стационарном отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции центральной системы:

госпитализация в стационар осуществляется по медицинским показаниям:

по направлению лечащего врача независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности медицинской организации;

плановая госпитализация осуществляется при наличии у больного листа ожидания с подтвержденной датой госпитализации, результатами диагностических исследований, которые могут быть проведены в амбулаторных условиях;

допускается наличие очередности и ожидания на плановую госпитализацию;

сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию (при условии обращения пациента за госпитализацией в рекомендуемые лечащим врачом сроки).

время пребывания в приемном покое при госпитализации не должно превышать одного часа;

пациенту предоставляется возможность выбора лечащего врача (с учетом согласия врача);

пациенты обеспечиваются лечебным питанием, а в случае необходимости (по медицинским показаниям) лечебно-профилактическим питанием по физиологическим нормам, утвержденным в установленном порядке;

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, указанным лицам бесплатно предоставляется спальное место и питание;

показания и объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяется лечащим врачом (в необходимых случаях - врачебным консилиумом, врачебной комиссией);

назначение лекарственных препаратов и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, пожизненным показаниям) по решению врачебной комиссии, которое фиксируется в медицинской карте стационарного больного и журнале врачебной комиссии.

При обращении гражданина в случае нарушения его прав на получение бесплатной медицинской помощи возникающие проблемы в досудебном порядке обязаны решать:

руководитель структурного подразделения медицинской организации, руководитель медицинской организации;

страховая медицинская организация, включая своего страхового представителя;

Департамент здравоохранения Курганской области, Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Курганской области, Территориальный фонд ОМС Курганской области;

общественные организации, включая Общественный совет по вопросам развития здравоохранения Курганской области при Департаменте здравоохранения Курганской области, региональное отделение Общественного совета по защите прав пациентов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения при Территориальном органе Росздравнадзора по Курганской области, профессиональные некоммерческие медицинские и пациентские организации.