**О порядке, объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам**

**медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи:**

1. Застрахованные лица обязаны предъявить полис обязательного медицинского

страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания

экстренной медицинской помощи.

2. Первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь

организуются преимущественно по территориально-участковому принципу.

Территориально-участковый принцип организации оказания первичной медико-санитарной

помощи заключается в формировании групп обслуживаемого контингента по признаку

проживания (пребывания) на определенной территории или по признаку работы (обучения в

определенных организациях и (или) их подразделениях).

3. 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 участкового, врача-педиатра участкового, с учетом согласия врача путем подачи

заявления лично или через своего законного представителя на имя руководителя

медицинской организации. Руководители медицинских организаций в целях обеспечения

права граждан на выбор врача и медицинской организации на основании письменного

заявления, оформленного на имя главного врача, прикрепляют застрахованных граждан,

проживающих вне зоны обслуживания медицинской организации оказывающей первичную

медико-санитарную в амбулаторных условиях, к врачам-терапевтам участковым, врачам-

педиатрам участковым. При этом учитывается согласие врача и рекомендуемая

численность прикрепленных граждан.

4. Обслуживание вызова врача на дом осуществляется медицинской организацией по месту

фактического проживания гражданина.

5. Порядки организации оказания первичной медико-санитарной помощи в экстренной и

неотложной формах, в том числе на дому при вызове медицинского работника, гражданам,

которые выбрали медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной

помощи не по территориально-участковому принципу, утверждаются Правительством

Иркутской области.

6. Проведение консультаций пациентов на дому врачами-специалистами осуществляется

после осмотра врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым при наличии

медицинских показаний.

7. Показания и объемы диагностических и лечебных мероприятий определяются лечащим

врачом (в необходимых случаях - врачебным консилиумом, врачебной комиссией).

8. В целях профилактики заболеваний проводится диспансеризация следующих категорий

граждан: 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; взрослого населения 1 раз в 3 года начиная с 21 года жизни, за

исключением инвалидов Великой Отечественной войны, лиц, награжденных знаком

«Жителю блокадного Ленинграда», и признанных инвалидами вследствие общего

заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых

наступила вследствие их противоправных действий), которые проходят диспансеризацию

ежегодно вне зависимости от возраста. Также проводятся профилактические медицинские

осмотры граждан 1 раз в 2 года.

9. Предельные сроки ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом

порядке:

- Прием участковым терапевтом (педиатром) осуществляется в день обращения

гражданина.

- Прием врачей–специалистов при оказании первичной специализированной медико-

санитарной помощи в плановой форме – не более 10 рабочих дней.

- Проведение диагностических инструментальных и лабораторных исследований при

оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме – не более 10 рабочих

дней.

- Оказание специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской

помощи в стационарных условиях в плановой форме – не более 30 дней.

- Оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме – не более 2 часов

с момента обращения;

10. Нормативы объема медицинской помощи

- В основу формирования Территориальной программы положены

федеральные нормативы объемов медицинской помощи, а также численность

жителей города Москвы - 12 222 606 человек, в том числе лиц,

застрахованных по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве,

в количестве 11 969 416 человек.

- Нормативы объема медицинской помощи по ее видам в целом по

Территориальной программе, включающие расчет на одного жителя города

Москвы в год за счет средств бюджета города Москвы, расчет на одно

застрахованное лицо в год за счет средств обязательного медицинского

страхования по Территориальной программе ОМС, определяются в единицах

объема медицинской помощи на одного гражданина.

- Объемы медицинской помощи в рамках Территориальной программы

определяются исходя из следующих нормативов:

- Для скорой медицинской помощи вне медицинской организации,

включая медицинскую эвакуацию, объем на одного гражданина - 0,312

вызова\*(1), в который включается 0,053 вызова\*(2) на одного жителя города

Москвы, 0,051 вызова на одного неидентифицированного и незастрахованного,

0,208 вызова на одно застрахованное лицо.

- Для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с

профилактической целью и иными целями, включая посещения центров

здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения в связи с

обращением к среднему медицинскому персоналу, посещения с иными целями, в

том числе с другими обстоятельствами (получением справки, других

медицинских документов) (за исключением медицинских услуг, оказываемых на

платной основе), - 2,562 посещения\*(1) на одного гражданина, в который

включается 0,357 посещения на одного жителя города Москвы, 2,205

посещения на одно застрахованное лицо.

- Для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в

связи с заболеваниями, - 2,967 обращения\*(1) на одного гражданина, в

который включается 0,156 обращения на одного жителя города Москвы

(законченного случая лечения в амбулаторных условиях с кратностью

посещения не менее двух), 2,811 обращения на одно застрахованное лицо.

- Для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в

неотложной форме, - 0,226 посещения\*(1) на одно застрахованное лицо.

- Для медицинской помощи в условиях дневных стационаров - 0,039

случая лечения на одного гражданина, в который включается 0,009 случая

лечения на одного жителя города Москвы, 0,03 случая лечения на одно

застрахованное лицо.

- Для специализированной медицинской помощи в стационарных

условиях (случай госпитализации - законченный случай лечения в

стационарных условиях) - 0,1763 случая\*(1) на одного гражданина, в

который включается 0,027 случая на одного жителя города Москвы, 0,0033

случая на одного неидентифицированного и незастрахованного, 0,146 случая

на одно застрахованное лицо (в том числе 0,02 койко-дня\*(1) для

медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях,

оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и

реабилитационных отделениях медицинских организаций).

- Для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях -

0,064 койко-дня\*(1) на одного жителя города Москвы.

- Для высокотехнологичной медицинской помощи (случай

госпитализации) - 0,0058 случая на одного гражданина, в который

включается 0,002 случая на одного жителя города Москвы, 0,0038 случая на

одно застрахованное лицо.\_\_