

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.