

Утверждена
постановлением Правительства
Чеченской Республики
от «29» декабря 2016 г. №208

**ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
государственных гарантий бесплатного оказания
гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2017 год и на
плановый период 2018 и 2019 годов.**

I. Общие положения

Территориальная Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов (далее – Территориальная Программа) устанавливает перечень видов, форм медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также порядок и условия предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

Формирование Территориальной Программы выполнено с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Чеченской Республики, основанных на данных медицинской статистики.

Территориальная Программа разработана с применением нормативов, принятых в федеральной Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации. Территориальная Программа включает территориальную программу обязательного медицинского страхования (далее - территориальная программа ОМС).

**II. Перечень видов, форм и условий медицинской помощи,
оказание которой осуществляется бесплатно**

В рамках Территориальной Программы (за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации) 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, оказываемая медицинскими организациями.

Понятие «медицинская организация» используется в Территориальной Программе в значении, определенном в федеральных законах «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и 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 формах.

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

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, 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, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащим в том числе методы лечения и источники

финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи).

Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой бесплатно в рамках Территориальной Программы, представлен в разделах I и II приложения 1 к данной Территориальной Программе.

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 оказывается гражданам медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения 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, послеродовой 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 оказывается 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.

Министерством здравоохранения Чеченской Республики и

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, при подготовке проекта территориальной программы ОМС в рамках деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия), осуществляется расчет территориальных нормативов объемов медицинской помощи и соответствующих финансовых показателей на основе анализа статистических форм, данных персонафицированного учета медицинской помощи, программ развития здравоохранения, сведений, поступивших от включенных в реестр медицинских организаций и включенных в реестр страховых медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), включенных в состав Комиссии, а также объемных и финансовых нормативов, установленных федеральной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год.

Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением Комиссии между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями.

При распределении объемов медицинской помощи между медицинскими организациями учитываются:

сведения Министерства здравоохранения Чеченской Республики о видах медицинской помощи, мощности вошедших в реестр медицинских организаций, профилях медицинской помощи, врачебных специальностях;

сведения страховых медицинских организаций о численности лиц застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, потребности застрахованных лиц в медицинской помощи и финансовых средствах для ее оплаты;

сведения медицинских организаций, представленные при подаче уведомления об участии в сфере обязательного медицинского страхования, включающие:

а) показатели (в том числе коечную мощность, объемы медицинской деятельности и другие), утвержденные в установленном порядке (в том числе приказом Министерства здравоохранения Чеченской Республики, решением Комиссии), подтверждающие возможность медицинской организации по выполнению объемов медицинской помощи в разрезе видов, профилей отделений (коек), врачебных специальностей в соответствии с правом на их осуществление;

б) данные о половозрастном составе и численности застрахованных лиц, прикрепившихся для амбулаторно-поликлинического обслуживания;

в) показатели, подтверждающие возможность медицинских организаций оказать диагностические услуги, - для медицинских организаций, оказывающих только отдельные диагностические услуги в соответствии с правом на их осуществление;

г) показатели, установленные решением Комиссии, подтверждающие возможность медицинских организаций дополнительно оказывать отдельные диагностические услуги, - для медицинских организаций, оказывающих в рамках основной деятельности дополнительно отдельные диагностические услуги в соответствии с правом на их осуществление.

Распределение объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями осуществляется на основе:

а) численности и половозрастной структуры застрахованных конкретной страховой медицинской организацией лиц;

б) показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, установленных территориальной программой ОМС, в разрезе видов медицинской помощи, условий ее предоставления, профилей отделений (коек), врачебных специальностей, с учетом особенностей климатогеографических условий региона, транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения Чеченской Республики.

При этом учитывается фактическое (за предыдущий период) и расчетное потребление медицинской помощи застрахованными лицами по полу и возрасту.

Объемы медицинской помощи и их финансовое обеспечение устанавливаются страховым медицинским организациям и медицинским организациям решением Комиссии на год с поквартальной разбивкой, с последующей корректировкой при обоснованной необходимости.

В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации Территориальной Программы предусмотрена трехуровневая система организации медицинской помощи гражданам:

первый уровень - оказание преимущественно первичной медико-санитарной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи, а также специализированной медицинской помощи и скорой медицинской помощи (в центральных районных больницах, городских, районных, участковых больницах, городских поликлиниках, станциях скорой медицинской помощи);

второй уровень - оказание преимущественно специализированной (за исключением высокотехнологичной), медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своей структуре специализированные межмуниципальные (межрайонные) отделения и (или) центры, а также в диспансерах, многопрофильных больницах;

третий уровень - оказание преимущественно специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях.

В целях обеспечения единого подхода к планированию и оплате медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров применяется единица объема - случай госпитализации (законченный случай лечения).

Общее количество случаев госпитализации для населения Чеченской Республики по видам медицинской помощи, не входящим в территориальную программу обязательного медицинского страхования, определяется следующим

образом. Величина норматива объема, оказываемой медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов в расчете на 1 жителя (количество случаев госпитализации на 1 жителя), умножается на численность населения Чеченской Республики по прогнозу Росстата на 1 января планируемого года.

Для определения общего количества случаев госпитализации по территориальной программе ОМС величина норматива объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в расчете на 1 застрахованное лицо (количество случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо, число случаев лечения на 1 застрахованное лицо) умножается на численность застрахованных лиц в Чеченской Республике по состоянию на 1 апреля предыдущего года.

Аналогично проводятся расчеты объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в расчете на одного жителя (на одно застрахованное лицо).

В приложении 5 к настоящей Территориальной Программе приведены показатели числа случаев госпитализации, средней длительности пребывания 1 пациента в стационарных условиях (дней) и числа койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1 жителя (на 1 застрахованное лицо).

В рамках Территориальной Программы с учетом заболеваемости населения и других обоснованных объективных факторов с использованием, как отчетных данных, так и результатов специальных исследований могут проводиться корректировки объема медицинской помощи. По данным медицинской статистики за предыдущий год анализируются состав пациентов, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях, число госпитализаций и число проведенных ими койко-дней в разрезе профилей медицинской помощи. В результате определяется объем медицинской помощи в стационарных условиях, по профилям медицинской помощи.

Объем медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в расчете на одного жителя, а также норматив объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на одно застрахованное лицо, рассчитываются по каждому профилю медицинской помощи, затем путем суммирования определяются объем медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в расчете на одного жителя и норматив объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на одно застрахованное лицо.

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 (Гражданин имеет право на бесплатное получение медицинской помощи по видам, формам и условиям ее оказания в соответствии

с разделом II Территориальной Программы 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, в том числе болезни полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования);
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, послеродовой 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.

В соответствии с законодательством Российской Федерации отдельным категориям граждан осуществляются:

обеспечение лекарственными препаратами (в соответствии с разделом V Территориальной Программы);

профилактические медицинские осмотры и диспансеризация определенных групп взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), в том числе работающих и неработающих граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме;

медицинские осмотры несовершеннолетних, в том числе профилактические медицинские осмотры, в связи с занятиями физической культуры и спортом, а также при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них;

диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатальный скрининг на 5 наследственных и

врожденных заболеваний и аудиологический скрининг.

IV. Базовая программа обязательного медицинского страхования

Территориальная программа ОМС является составной частью Территориальной Программы.

В рамках территориальной программы ОМС в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации в составе Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год:

гражданам (застрахованным лицам) оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи (в соответствии с разделом I приложения 1 к настоящей Территориальной Программе), финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе III Территориальной Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств и расстройств поведения;

осуществляются мероприятия по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан, указанных в разделе III Территориальной Программы, медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях, аудиологическому скринингу, а также по применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в рамках территориальной программы ОМС устанавливаются в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются тарифным соглашением между уполномоченным органом исполнительной власти Чеченской Республики, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, представителями страховых медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии со статьей 76 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе ОМС 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.

При реализации территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Чеченской Республики, (в других субъектах Российской Федерации), а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

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

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

за прерванный, в том числе сверхкороткий, случай оказания медицинской помощи при проведении диагностических исследований, переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения,

летальном исходе, оказания услуг диализа;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

за прерванный, в том числе сверхкороткий, случай оказания медицинской помощи при проведении диагностических исследований, переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, оказании услуг диализа;

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.

За счет средств обязательного медицинского страхования оплачивается первичная медико-санитарная помощь, оказанная в том числе:

- медицинскими работниками со средним медицинским образованием, ведущими самостоятельный прием;

- врачами и медицинскими работниками со средним медицинским образованием в медицинских кабинетах и здравпунктах образовательных учреждений.

Базовая программа обязательного медицинского страхования включает нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо (в соответствии с разделом VI Территориальной Программы), нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (в том числе по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи) и нормативы финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на 1 застрахованное лицо (в соответствии с разделом VII Территориальной Программы), критерии доступности и качества медицинской помощи (в соответствии с разделом IX Территориальной Программы)

В составе территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо с учетом структуры заболеваемости в Чеченской Республике установлены нормативы объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи и норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС.

В случае установления территориальной программой ОМС перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования территориальная программа ОМС должна включать в себя также значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо,

значение норматива финансового обеспечения в расчете на 1 застрахованное лицо, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, условия оказания медицинской помощи в таких медицинских организациях.

V. Финансовое обеспечение Территориальной Программы

Источниками финансового обеспечения Территориальной Программы являются средства федерального бюджета, бюджета Чеченской Республики и местных бюджетов (в случае передачи органом государственной власти Чеченской Республики соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления), средства обязательного медицинского страхования.

За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой 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, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования (раздел I приложения 1 к настоящей Территориальной Программе), при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе III Территориальной Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств и расстройств поведения;

осуществляется финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан, указанных в разделе III Территориальной Программы, медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях, аудиологическому скринингу, а также по применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

За счет субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования осуществляется также финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, представленному в разделе I приложения 1 к настоящей Территориальной Программе.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета Федерального

фонда обязательного медицинского страхования, осуществляется:

-финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой гражданам Российской Федерации федеральными государственными учреждениями, функции и полномочия учредителя которых осуществляют федеральные органы исполнительной власти, включенные в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации;

-софинансирование расходов Чеченской Республики, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи;

-финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой гражданам Российской Федерации медицинскими организациями частной системы здравоохранения, включенными в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации (с 1 января 2019 года).

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 медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в том числе при заболеваниях, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную базовой программой обязательного медицинского страхования);

-медицинской эвакуации, осуществляемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации;

-скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, в том числе предоставление дополнительных

видов и объёмов медицинской помощи, предусмотренных законодательством Российской Федерации, 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 базовой программой обязательного медицинского страхования);

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

- 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;

- закупки лекарственных препаратов, предназначенных 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 и сформированному в установленном им порядке;

- предоставления в установленном порядке 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 6.2 Федерального закона «О государственной социальной помощи»;

- закупки противовирусных лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, для лечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С,

- закупки антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, для лечения лиц,

больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя;

-мероприятий в рамках национального календаря профилактических прививок в рамках подпрограммы «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» ", утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения";

-дополнительных мероприятий, установленных в соответствии с законодательством Российской Федерации;

-медицинской деятельности, связанной с донорством органов и (или) тканей человека в целях трансплантации (пересадки);

- высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (раздел II приложения 1) за счет средств, направляемых в федеральный бюджет в 2016 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в виде иных межбюджетных трансфертов в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и предоставляемых:

- федеральным органам исполнительной власти на финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи в подведомственных им медицинских организациях, включенных в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- Министерству здравоохранения Российской Федерации на софинансирование расходов, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи медицинскими организациями, подведомственными исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

За счет средств бюджетных ассигнований бюджета Чеченской Республики осуществляется финансовое обеспечение:

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

первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи

в части медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую 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 медицинские осмотры обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях высшего образования в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ), а также в части расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальной программе ОМС;

паллиативной медицинской помощи, оказываемой амбулаторно, в том числе выездными патронажными службами, и стационарно, в том числе в хосписах и на койках сестринского ухода;

высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти Чеченской Республики, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, представленному в разделе II приложения 1 к настоящей Территориальной Программе.

Орган исполнительной власти Чеченской Республики вправе за счет бюджетных ассигнований бюджета Чеченской Республики осуществлять финансовое обеспечение дополнительных объемов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными органу государственной власти Чеченской Республики по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (раздел I приложения 1 к Территориальной Программе).

За счет средств бюджетных ассигнований бюджета Чеченской Республики осуществляется:

обеспечение граждан, зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации, лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности;

обеспечение лекарственными препаратами, отпускаемыми населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно (приложение 8 к Территориальной Программе);

обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой (приложение 8 к Территориальной Программе);

перинатальная (дородовая диагностика) нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций,

осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

обеспечение медицинской деятельности, связанной с донорством органов и (или) тканей человека в целях трансплантации (пересадки), в медицинских организациях, подведомственных исполнительному органу государственной власти Чеченской Республики.

За счет средств местных бюджетов может оказываться предусмотренная Территориальной Программой медицинская помощь в медицинских организациях муниципальной системы здравоохранения в случае передачи органом государственной власти Чеченской Республики соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления.

В рамках Территориальной Программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, не входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования) и средств обязательного медицинского страхования (в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую программу 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;

- медицинское обследование детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

- проведения обязательных диагностических исследований и 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 образовательные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, 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.

При проведении обязательных диагностических исследований, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, учитываются результаты таких исследований, проведенных застрахованным лицам в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

Кроме того, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджета Чеченской Республики и местных бюджетов (в случае передачи органом государственной власти Чеченской Республики соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления) в установленном порядке оказывается медицинская помощь и предоставляются иные государственные и муниципальные услуги (работы) в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, исполнительным органам государственной власти Чеченской Республики и органам местного самоуправления соответственно, за исключением видов медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования, в лепрозориях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, центрах профилактики и борьбы со СПИДом, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах охраны здоровья семьи и репродукции, медико-генетических центрах (консультациях), центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования), центрах профессиональной патологии, соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро, медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, в центрах крови, на станциях переливания крови, в домах ребенка, включая специализированные, молочных кухнях и прочих медицинских организациях, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации;

осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в специализированных медицинских организациях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» при заболеваниях, не включенных в базовую 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), а также расходов медицинских организаций, в том числе на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря).

За счет бюджетных ассигнований бюджета Чеченской Республики и местных бюджетов (в случае передачи органом государственной власти Чеченской Республики соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления) может осуществляться финансовое обеспечение зубного протезирования, а также санаторно-курортного лечения отдельным категориям граждан, при этом расходы на эти цели, а также расходы на проведение капитального ремонта, строительство и реконструкцию медицинских организаций, подготовку

проектно-сметной документации не включаются в подушевые нормативы финансирования за счет бюджетных ассигнований бюджета Чеченской Республики, предусмотренные разделом VII Программы.

VI. Нормативы объема медицинской помощи

Средние нормативы объема медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания в целом по Территориальной Программе определяются в единицах объема в расчете на 1 жителя в год, по базовой программе обязательного медицинского страхования - в расчете на 1 застрахованное лицо. Средние нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Территориальной Программой, и составляют:

для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию на 2017 - 2019 годы в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,3 вызова на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими 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) в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2017-2019 годы - 2,35 посещения на 1 застрахованное лицо; за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2017- 2019 годы - 0,7 посещения на 1 жителя;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2017-2019 годы - 1,98 обращения (законченного случая лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее 2-х посещений по поводу одного заболевания) на 1 застрахованное лицо; за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов по расчетным нормативам на 2017-2019 годы – 0,2 обращения на 1 жителя, по утвержденным нормативам -0,11894 обращения;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2017-2019 годы - 0,56 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2017-

2019 годы - 0,06 случая лечения на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2017-2019 годы по расчетным нормативам - 0,004 случая лечения на 1 жителя, по утвержденным нормативам - 0,00039 случая лечения;

для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2017-2019 годы - 0,17214 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 базовой программы обязательного медицинского страхования на 2017-2019 годы – 0,039 койко-дня на 1 застрахованное лицо; за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2017-2019 годы по расчетным нормативам – 0,018 случая госпитализации на 1 жителя, по утвержденным нормативам - 0,01016 случая госпитализации;

для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях (включая хосписы и больницы сестринского ухода) за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2017 - 2019 годы по расчетным нормативам - 0,092 койко-дня на 1 жителя, по утвержденным нормативам - 0,00887 койко-дня.

Объем высокотехнологичной медицинской помощи в целом по Территориальной Программе (в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, не включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемая медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти) в расчете на 1 жителя составляет на 2017-2019 годы -- 0,0006 0,0047 случая госпитализации, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,00060 случая госпитализации.

Объем медицинской помощи, оказываемой гражданам, не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, включается в средние нормативы объема амбулаторной и стационарной медицинской помощи и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований бюджета Чеченской Республики и местных бюджетов (в случае передачи органом государственной власти Чеченской Республики соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления).

За счет бюджетных ассигнований бюджета Чеченской Республики могут быть установлены нормативы объема скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказываемой за счет средств бюджета, включая медицинскую эвакуацию. Нормативы объема скорой, в том

числе скорой специализированной, медицинской помощи, не включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования, включая медицинскую эвакуацию, устанавливаются субъектами Российской Федерации.

В части медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет соответствующих бюджетов, с учетом более низкого, по сравнению со среднероссийским уровнем заболеваемости и смертности населения от социально значимых заболеваний на основе реальной потребности населения, установленные в территориальных программах дифференцированные нормативы объема медицинской помощи могут быть обосновано ниже средних нормативов, предусмотренных настоящим разделом Программы.

Территориальной Программой на основе перераспределения объемов медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания установлены дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, а также климатогеографических особенностей на территории Чеченской Республики.

№ п/п	Виды медицинской помощи по условиям и формам оказания	На 1 жителя(бюджет)			На 1 застрахованное лицо (ОМС)		
		1-й уровень	2-й уровень	3-й уровень	1-й уровень	2-й уровень	3-й уровень
1	Скорая медицинская помощь, вне медицинской организации, вызовы	0	0	0	0,2244	0,0697	0
2	Медицинская помощь в амбулаторных условиях:						
а	оказываемая с профилактической и иными целями, посещений	0,03790	0,03781	0,07214	1,37280	0,63635	0,23303
б	оказываемая в неотложной форме, посещений	0	0	0	0,30927	0,12919	0,04897
в	обращения по заболеваниям, обращений	0,03049	0,03041	0,05804	1,19923	0,51327	0,22089
3	Медицинская помощь в стационарных условиях, число госпит-й	0	0,00160	0,00856	0,03926	0,06054	0,05420
4	Медицинская помощь в условиях дневных стационаров, случаев	0	0,00017	0,00022	0,0334	0,0161	0,0027

5	Паллиативная медицинская помощь, к/дней	0	0	0,00887	0	0	0
---	---	---	---	---------	---	---	---

В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности в составе дифференцированных нормативов объема медицинской помощи в рамках Территориальной Программы при обоснованной необходимости могут устанавливаться объемы медицинской помощи с учетом использования санитарной авиации, телемедицины и передвижных форм предоставления медицинских услуг.

VII. Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и подушевые нормативы финансирования

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в рамках Территориальной Программы на 2017 год составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования **по расчетной и утвержденной стоимости** - 1747,7 **1858,9** рубля;

на 1 посещение с профилактическими и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов **по расчетной стоимости** - **403,9** 388,4 рубля, **по утвержденной стоимости** – 388,4 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования **по расчетной и утвержденной стоимости** - **381,6** 358,7 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов **по расчетной стоимости** - **1171,6** 1126,5 рубля, **по утвержденной стоимости** – 1126,5 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования **по расчетной и утвержденной стоимости**- **1069,2** 1005,0 рубля;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования **по расчетной и утвержденной стоимости**- **488,5** 459,2 рубля;

на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов **по расчетной стоимости**- **11957,9** 11 498,0 рубля, **по утвержденной стоимости** - 11 498,0 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования **по расчетной и утвержденной стоимости**- **12098,9** 11 430,0 рубля;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов **по расчетной стоимости**- **69276,8** 66 612,3 рубля, **по утвержденной стоимости** – 66612,3 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования **по расчетной и утвержденной**

стоимости- 24198,2 22 815,3 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 по расчетной и утвержденной стоимости- 1668,4 1571,2 рубля;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая хосписы и больницы сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов по расчетной стоимости - 1856,5 1785,1 рубля, по утвержденной стоимости - 1785,1 рубля.

За счет бюджетных ассигнований бюджета Чеченской Республики могут быть установлены нормативы финансовых затрат на 1 вызов скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказываемой за счет средств бюджета, включая медицинскую эвакуацию.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, на 2018 и 2019 годы составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования – 1926,0 рублей на 2018 год; 1983,6 рубля на 2019 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 – 403,9 рубля на 2018 год; 403,9 рубля на 2019 год; за счет средств обязательного медицинского страхования- 395,4 рубля на 2018 год; 407,2 рубля на 2019 год;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов 1171,6 рубля на 2018 год; 1171,6 рубля на 2019 год; за счет средств обязательного медицинского страхования – 1107,8 рубля на 2018 год; 1140,9 рублей на 2019 год;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования – 506,2 рубля на 2018 год; 521,3 рубля на 2019 год;

на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов – 11957,9 рубля на 2018 год; 11957,9 рубля на 2019 год, за счет средств обязательного медицинского страхования - 12536,1 рубля на 2018 год и 12910,9 рубля на 2019 год;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов – 69276,8 рубля на 2018 год; 69276,8 рубля на 2019 год, за счет средств обязательного медицинского страхования 25072,6 рубля на 2018 год; 25822,2 рубля на 2019 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 – 1728,7 рубля на 2018 год; 1780,4 рубля на 2019 год;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больниц 1856,5 рубля на 2018 год, 1856,5 рубля на 2019 год.

Нормативы финансовых затрат на 1 вызов скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, не включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования, устанавливаются субъектами Российской Федерации.

Подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Территориальной Программой, установлены исходя из средних нормативов, предусмотренных разделом VI и настоящим разделом Территориальной Программы, с учетом соответствующих коэффициентов дифференциации, рассчитанных в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 "О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования".

Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Территориальной Программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют:

за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в расчете на 1 жителя) в 2017 году – 3488,6 рубля, в 2018 году -3628,1 рубля, в 2019 году – 3773,2 рубля;

за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского

страхования (в расчете на 1 застрахованное лицо) в 2017 году – 8958,2 рубля, в 2018 году - 9281,9 рубля, в 2019 году – 9559,4 рубля.

При установлении в территориальной программе дифференцированных нормативов объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, осуществляется перераспределение бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов по видам и условиям оказания медицинской помощи в пределах размера подушевого норматива финансирования территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

за счет бюджетных ассигнований бюджета Чеченской Республики и местных бюджетов (в случае передачи органом государственной власти Чеченской Республики соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления) (в рублях в расчете на 1 жителя в год) по расчетной потребности по федеральным нормативам – 4108,8 рубля, по утвержденным средствам - 1613,9 рубля;

за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования в расчете на 1 застрахованное лицо по расчетной и утвержденной стоимости – 8438,9 рубля.

Средние подушевые нормативы финансирования базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования сформированы без учета средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи.

Расчетная потребность финансовых средств, необходимых на финансирование расходов бюджета Чеченской Республики в рамках Территориальной Программы 2016 года по объемам медицинской помощи, не входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования составила – 5707,2 млн. рублей. Средства бюджета Чеченской Республики, утвержденные в рамках Территориальной Программы 2016 года составили - 2241,6 млн. рублей. Дефицит финансовых средств бюджета на 2016 год составил – 3465,5 млн. рублей или - 60,7 % к расчетной потребности.

Средства обязательного медицинского страхования на территориальную программу ОМС 2016 года по расчетной и утвержденной стоимости составили 11 224,5 млн. рублей. Прирост утвержденной стоимости территориальной программы ОМС 2016 года к уровню утвержденной стоимости территориальной программы ОМС 2015 года составил 742,3 млн. рублей или 7,1%. Территориальная программа ОМС 2016 года дефицита не имеет.

В целом стоимость Территориальной Программы 2016 года по расчетной

потребности средств бюджета и средств обязательного медицинского страхования составила - 16931,7 млн. рублей, при утвержденных средствах – 13466,2 млн. рублей с дефицитом – 3465,5 млн. рублей или - 20,5 % к общей расчетной потребности.

Норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС может превышать установленный базовой программой обязательного медицинского страхования норматив финансового обеспечения в случае установления органом государственной власти Чеченской Республики дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также в случае установления перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования. Финансовое обеспечение территориальной программы ОМС в указанных случаях осуществляется за счет платежей бюджета Чеченской Республики, уплачиваемых в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, в размере разницы между нормативом финансового обеспечения территориальной программы ОМС и нормативом финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования с учетом численности застрахованных лиц на территории Чеченской Республики.

Медицинским организациям, не имеющим застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, объемы медицинской помощи распределяются исходя из показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой обязательного медицинского страхования, с учетом мощности медицинской организации, профилей медицинской помощи, врачебных специальностей, видов медицинской помощи, условий ее оказания.

Стоимость утвержденной территориальной программы обязательного медицинского страхования не может превышать размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленный законом субъекта Российской Федерации о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования.

В рамках подушевого норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования субъект Российской Федерации может устанавливать дифференцированные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, по видам, формам, условиям и этапам оказания медицинской помощи с учетом особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, уровня и структуры

заболеваемости населения, а также климатических и географических особенностей регионов.

Медицинским организациям, оказывающим только диагностические и (или) консультативные услуги, а также медицинским организациям, оказывающим в рамках основной деятельности дополнительно отдельные диагностические услуги, могут устанавливаться тарифы за услугу и (или) консультацию.

В целях предоставления медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи медицинские организации вправе за счет средств на оплату медицинской помощи в рамках тарифов заключать гражданско-правовые договора на оплату диагностических и (или) консультативных услуг.

Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с методикой, установленной Правилами обязательного медицинского страхования, на основе стандартов медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и являются едиными для медицинских организаций независимо от организационно-правовой формы, оказавших медицинскую помощь при конкретном заболевании или состоянии в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

При формировании тарифов могут использоваться следующие методы определения затрат:

- 1) нормативный;
- 2) структурный;
- 3) экспертный.

В случае наличия утвержденных нормативов затрат, выраженных в натуральных показателях, в том числе нормативов питания, оснащения мягким инвентарем, медикаментами, норм потребления расходных материалов, нормативов затрат рабочего времени, объемов снижения потребления энергетических ресурсов в соответствии с требованиями энергетической эффективности или иных натуральных параметров оказания медицинской помощи (медицинской услуги), при определении тарифов могут быть использованы нормативы затрат, выраженные в натуральных показателях.

При применении структурного метода затраты в отношении соответствующей группы затрат определяются пропорционально выбранному основанию, в том числе, затратам на оплату труда и начислениям на выплаты по оплате труда персонала, участвующего непосредственно в оказании медицинской помощи (медицинской услуги); численности персонала, участвующего непосредственно в оказании медицинской помощи (медицинской услуги); площади помещения, используемого для оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

При применении экспертного метода затраты в отношении соответствующей группы затрат определяются на основании экспертной оценки, в том числе, оценки доли группы затрат (трудозатраты) в общем объеме затрат, необходимых для оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Выбор метода или методов определения затрат для каждой группы затрат

осуществляется в зависимости от условий оказания медицинской помощи, территориальных и иных особенностей оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы ОМС 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 по мере необходимости с учетом реальных условий, складывающихся в деятельности медицинских организаций и с учетом финансовых средств, поступающих в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на финансирование мероприятий в рамках утвержденной Территориальной программы ОМС, могут корректироваться как в сторону повышения, так и в сторону понижения. При формировании тарифов и тарифном регулировании применяются повышающие или понижающие поправочные коэффициенты (в том числе: коэффициенты относительной затратоемкости по КПП(КСГ), коэффициенты уровня оказания медицинской помощи, коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи, управленческие коэффициенты, коэффициенты сложности лечения пациента).

Коэффициенты к тарифам медицинской помощи для медицинских организаций устанавливаются и принимаются Тарифным соглашением.

Корректировки тарифов, в том числе применением коэффициентов, осуществляются на основании решения Комиссии.

Финансовое обеспечение тарифов устанавливается единым для всех медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в круглосуточном стационаре и в дневных стационарах при конкретном заболевании или состоянии, включает расходы по основной нозологической группе, в том числе на реанимационные услуги, анестезиологические пособия, лечебные манипуляции, диагностические исследования, другие медицинские услуги параклинических подразделений.

В рамках подушевого норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС нормативы объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, по видам, формам и условиям оказания

медицинской помощи установлены с учетом особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, уровня и структуры заболеваемости населения, а также климатогеографических особенностей Чеченской Республики.

При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий (стороной, осуществляющей мероприятие).

В соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании расходы государственных и муниципальных медицинских организаций в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу и иные расходы осуществляются за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

Кроме того, за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляются расходы государственных и муниципальных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при заболеваниях и состояниях, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, в части текущего финансирования деятельности, капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь), а также иные расходы. При этом расходы на проведение капитального ремонта и подготовку проектно-сметной документации для его проведения, а также расходы инвестиционного характера не входят в подушевой норматив финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, установленный Территориальной Программой.

Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным в Чеченской Республике, медицинскими организациями, находящимися за пределами Чеченской Республики осуществляется по видам, включенным в базовую программу ОМС, по способам оплаты и тарифам, действующим на территории оказания медицинской помощи, за счет средств обязательного медицинского страхования, предусмотренных на финансирование объемов медицинской помощи в рамках утвержденной территориальной программы ОМС.

Стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования не включает средства, возмещаемые территориальному фонду обязательного медицинского страхования Чеченской Республики за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам иных субъектов Российской Федерации, в которых выдан полис обязательного медицинского страхования.

Стоимость утвержденной территориальной программы ОМС не может превышать размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы ОМС, установленный законом Чеченской Республики о бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской

Республики.

В связи с этим, объемы медицинской помощи с учетом их финансового обеспечения, предусмотренные в настоящей Территориальной Программе в рамках территориальной программы ОМС, сбалансированы и не превышают размеры бюджетных ассигнований, установленные законом Чеченской Республики о бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики (в том числе уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании).

Приложения к Территориальной Программе:

- приложение 1 - Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе, методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи;

- приложение 2 - Порядок и условия предоставления медицинской помощи;

- приложение 3 - Критерии доступности и качества медицинской помощи;

- приложение 4:

- таблица 1 «Объемы бесплатной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках территориальной программы государственных гарантий и территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2016 год»;

- таблица 2 «Расчетная стоимость территориальной программы государственных гарантий и территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2016 год»;

- таблица 3 «Утвержденная стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по условиям ее оказания в Чеченской Республике на 2016 год»;

- таблица 4 «Сводный баланс расчетной и утвержденной стоимости территориальной программы государственных гарантий и территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2016 год»;

- таблица 5 «Стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по источникам финансового обеспечения в Чеченской Республике на 2016 год»;

- приложение 5 - Уровень госпитализации и средняя длительность лечения в стационарных условиях по Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике (в том числе по территориальной программе ОМС);

- приложение 6 - Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2016 год;

- приложение 7 - Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, необходимых при оказании первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме,

специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях;

-приложение 8 - Перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой.

VIII. Требования к территориальной программе в части

определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи

Территориальная программа в части определения порядка и условий оказания медицинской помощи должна включать:

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);

порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, находящихся на территории субъекта Российской Федерации;

перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой;

порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, а также медицинскими изделиями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, по назначению врача, а также донорской кровью и ее компонентами по медицинским показаниям в соответствии со стандартами

медицинской помощи с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи, за исключением лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по желанию пациента;

перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках территориальной программы;

перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования;

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 4 лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний;

условия размещения пациентов в маломестных палатах (боксах) по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации;

условия предоставления детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в случае выявления у них заболеваний медицинской помощи всех видов, включая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь;

порядок предоставления транспортных услуг 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;

условия и сроки диспансеризации населения для отдельных категорий населения;

целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы;

порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, не участвующей в реализации территориальной программы;

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

При этом:

сроки ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должны превышать 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию;

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;

сроки проведения консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;

сроки проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, 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.

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. В территориальных программах время

доезда бригад скорой медицинской помощи может быть обоснованно скорректировано с учетом транспортной доступности, плотности населения, а также климатических и географических особенностей регионов.

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.

При формировании территориальной программы учитываются:

порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи;

особенности половозрастного состава населения субъекта Российской Федерации;

уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанные на данных медицинской статистики;

климатические и географические особенности региона 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.

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;

орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориальный орган Росздравнадзора, территориальный фонд обязательного медицинского страхования;

общественные организации, включая Общественный совет по защите прав пациентов при органе государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, региональное отделение Общественного совета по защите прав пациентов при территориальном органе Росздравнадзора, профессиональные некоммерческие медицинские и пациентские организации.