

ПРАВИТЕЛЬСТВО ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

24 июня 2015 года

№ 168-п

г. Омск

О внесении изменений в постановление Правительства Омской области от 24 декабря 2014 года № 330-п

Внести в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов, утвержденную постановлением Правительства Омской области от 24 декабря 2014 года № 330-п, следующие изменения:

1. Абзац десятый пункта 1 дополнить словами «, согласно приложению № 1.1 к Программе».

2. Пункт 30 изложить в следующей редакции:

«30. При оказании медицинской помощи в рамках Программы пациенты размещаются в маломестных палатах не более двух мест (боксах) при наличии медицинских и (или) эпидемиологических показаний, указанных в перечне, утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 года № 535н, а именно:

- болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
- кистозный фиброз (муковисцидоз);
- злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных тканей;
- термические и химические ожоги;
- заболевания, вызванные метициллин (оксациллин)-резистентным золотистым стафилококком или ванкомицинрезистентным энтерококком:
пневмония;
- менингит;
- остеомиелит;
- острый и подострый инфекционный эндокардит;
- инфекционно-токсический шок;
- сепсис;
- недержание кала (энкопрез);

недержание мочи;
заболевания, сопровождающиеся тошнотой и рвотой;
- некоторые инфекционные и паразитарные болезни.

Совместное размещение пациентов в маломестных палатах (боксах) допускается с учетом нозологических форм заболеваний, пола и тяжести состояния пациента.».

3. В пункте 33:

1) абзацы двадцать второй, двадцать третий изложить в следующей редакции:

«оценки выполнения функции врачебной должности (посещений): 2015 год – 4180, в том числе в медицинских организациях, расположенных в городской местности, – 3595, в медицинских организациях, расположенных в сельской местности, – 5146; 2016 год – 4180, в том числе в медицинских организациях, расположенных в городской местности, – 3595, в медицинских организациях, расположенных в сельской местности, – 5148; 2017 год – 4180, в том числе в медицинских организациях, расположенных в городской местности, – 3600, в медицинских организациях, расположенных в сельской местности, – 5148;

показателей рационального и целевого использования коечного фонда (дней): 2015 год – 331, в том числе в медицинских организациях, расположенных в городской местности, – 332, в медицинских организациях, расположенных в сельской местности, – 303; 2016 год – 332, в том числе в медицинских организациях, расположенных в городской местности, – 333, в медицинских организациях, расположенных в сельской местности, – 305; 2017 год – 332, в том числе в медицинских организациях, расположенных в городской местности, – 334, в медицинских организациях, расположенных в сельской местности, – 305;»;

2) в абзаце двадцать девятом слова «2015 год – 0,7; 2016 год – 0,7; 2017 год – 0,7;» заменить словами «2015 год – 0,72; 2016 год – 0,74; 2017 год – 0,75;».

4. Абзацы второй – седьмой пункта 43 изложить в следующей редакции:

«- для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, на 2015 – 2017 годы – 0,325 вызова на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 0,318 вызова на 1 застрахованное лицо (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), в том числе для медицинских организаций: первого уровня оказания медицинской помощи (далее – уровень) – 0,296 вызова на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,013 вызова на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,009 вызова на 1 застрахованное лицо;

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), на 2015 год – 2,90 посещения на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 2,30 посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций: первого уровня – 1,62 посещения на

1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,38 посещения на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,30 посещения на 1 застрахованное лицо; на 2016 год – 2,95 посещения на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 2,35 посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций: первого уровня – 1,63 посещения на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,41 посещения на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,31 посещения на 1 застрахованное лицо; на 2017 год – 2,98 посещения на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 2,38 посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций: первого уровня – 1,66 посещения на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,41 посещения на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,31 посещения на 1 застрахованное лицо;

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, на 2015 год – 2,172 обращения на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 1,95 обращения на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций: первого уровня – 1,24 обращения на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,31 обращения на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,40 обращения на 1 застрахованное лицо; на 2016 год – 2,18 обращения на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 1,98 обращения на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций: первого уровня – 1,26 обращения на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,31 обращения на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,41 обращения на 1 застрахованное лицо; на 2017 год – 2,18 обращения на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 1,98 обращения на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций: первого уровня – 1,26 обращения на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,31 обращения на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,41 обращения на 1 застрахованное лицо;

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках территориальной программы ОМС на 2015 год – 0,5 посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций: первого уровня – 0,35 посещения на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,06 посещения на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,09 посещения на 1 застрахованное лицо; на 2016 год – 0,56 посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций: первого уровня – 0,39 посещения на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,07 посещения на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,1 посещения на 1 застрахованное лицо; на 2017 год – 0,6 посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций: первого уровня – 0,42 посещения на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,07 посещения на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,11 посещения на 1 застрахованное лицо;

- для медицинской помощи в условиях дневных стационаров на 2015 год – 0,675 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 0,56 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций: первого уровня – 0,32 пациенто-дня на 1

застрахованное лицо, второго уровня – 0,09 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,15 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо; на 2016 год – 0,675 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 0,56 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций: первого уровня – 0,32 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,09 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,15 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо; на 2017 год – 0,675 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 0,56 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций: первого уровня – 0,32 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,09 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,15 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо;

- для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях на 2015 год – 0,193 случая госпитализации (законченного случая лечения в стационарных условиях) на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 0,1768 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций: первого уровня – 0,0326 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,0336 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,1106 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо; на 2016 год – 0,193 случая госпитализации на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 0,172 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций: первого уровня – 0,032 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,033 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,107 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо; на 2017 год – 0,193 случая госпитализации на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС – 0,172 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций: первого уровня – 0,032 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,033 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,107 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо; в том числе для медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций в рамках территориальной программы ОМС на 2015 год – 0,039 койко-дня на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций: первого уровня – 0,000 койко-дня на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,007 койко-дня на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,032 койко-дня на 1 застрахованное лицо; на 2016 год – 0,039 койко-дня на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций: первого уровня – 0,000 койко-дня на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,007 койко-дня на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,032 койко-дня на 1 застрахованное лицо; на 2017 год – 0,039 койко-дня на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинских организаций: первого уровня – 0,000 койко-дня на 1 застрахованное лицо, второго уровня – 0,007

койко-дня на 1 застрахованное лицо, третьего уровня – 0,032 койко-дня на 1 застрахованное лицо;».

5. В пункте 46:

1) абзац первый дополнить словами «в соответствии с законодательством»;

2) абзац второй после слова «гражданам» дополнить словами «медицинской организацией, участвующей в реализации Программы, в том числе территориальной программы ОМС,».

6. Дополнить приложением № 1.1 «Порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, не участвующей в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» согласно приложению к настоящему постановлению.

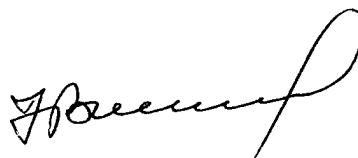
7. В таблице приложения № 3 «Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2015 году»:

1) строки 43, 67 исключить;

2) в строке «Итого медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» цифры «132» заменить цифрами «130»;

3) в строке «из них медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования» цифры «122» заменить цифрами «120».

Временно исполняющий обязанности
Губернатора Омской области,
Председателя Правительства
Омской области



В.И. Назаров

«Приложение № 1.1
к Территориальной программе государственных
гарантий бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи в Омской области
на 2015 год и на плановый период
2016 и 2017 годов

ПОРЯДОК

и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, не участвующей в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов
(далее – Программа)

1. Настоящий Порядок регулирует отношения по предоставлению в 2015 году юридическим лицам (за исключением государственных (муниципальных) учреждений), индивидуальным предпринимателям, не участвующим в реализации Программы (далее – производители услуг), из областного бюджета субсидий в связи с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме (далее – субсидии).

2. Целью предоставления субсидий является возмещение расходов производителей услуг, связанных с оказанием в 2015 году гражданам медицинской помощи в экстренной форме.

3. Критериями отбора производителей услуг, имеющих право на получение субсидий, являются:

1) наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности (далее – лицензия);

2) соответствие условий, вида и профиля оказанной медицинской помощи в экстренной форме условиям, видам и профилям медицинской помощи, предусмотренным в лицензии;

3) осуществление расходов в связи с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме на безвозмездной основе.

4. В целях участия в отборе производители услуг представляют в Министерство здравоохранения Омской области (далее – Министерство) в установленный им срок следующие документы:

1) заявление на участие в отборе по форме, определяемой Министерством;

2) копии учредительных документов (для юридических лиц) или копия документа, удостоверяющего личность (для индивидуальных предпринимателей);

- 3) копия лицензии;
- 4) выписка из единого государственного реестра юридических лиц или выписка из единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей;
- 5) копия медицинской документации, подтверждающей факт оказания гражданину медицинской помощи в экстренной форме;
- 6) смета расходов, понесенных производителями услуг в связи с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, с приложением подтверждающих документов.

Документы, указанные в подпунктах 3, 4 настоящего пункта, представляются производителями услуг по собственной инициативе.

В случае если документы, предусмотренные подпунктами 3, 4 настоящего пункта, не представлены производителем услуг, Министерство самостоятельно запрашивает данные сведения в соответствии с законодательством.

5. Проведение отбора путем рассмотрения документов, представленных в соответствии с пунктом 4 настоящего Порядка, и установления соответствия производителей услуг критериям отбора, предусмотренным пунктом 3 настоящего Порядка, осуществляется на заседании комиссии, создаваемой Министерством. Порядок деятельности и состав комиссии утверждаются Министерством.

6. Заседание комиссии проводится не позднее 10 рабочих дней со дня истечения срока, установленного в соответствии с пунктом 4 настоящего Порядка для представления документов.

7. По результатам отбора комиссия принимает решение о прохождении (непрохождении) отбора производителем услуг.

8. Министерство в течение 5 рабочих дней со дня проведения заседания комиссии с учетом ее решения о прохождении (непрохождении) отбора производителем услуг принимает решение о предоставлении субсидии либо об отказе в ее предоставлении в форме распоряжения, о чем уведомляет производителя услуг, участвовавшего в отборе, в течение 5 рабочих дней со дня принятия соответствующего решения.

9. Основаниями для отказа в предоставлении субсидии являются:

- 1) представление неполного пакета документов, за исключением документов, предусмотренных подпунктами 3, 4 пункта 4 настоящего Порядка, либо наличие в них недостоверных сведений;
- 2) несоответствие производителя услуг критериям отбора, указанным в пункте 3 настоящего Порядка.

10. Условиями предоставления субсидий являются:

- 1) достоверность сведений, содержащихся в документах, представленных производителем услуг в соответствии с пунктом 4 настоящего Порядка;
- 2) заключение с Министерством соглашения о предоставлении субсидий, предусматривающего в качестве условия их предоставления согласие производителя услуг, в отношении которого принято решение о

предоставлении субсидии (далее – получатель субсидии) (за исключением случаев, указанных в пункте 5 статьи 78 Бюджетного кодекса Российской Федерации), на осуществление Министерством и органами государственного финансового контроля проверок соблюдения получателем субсидий условий, цели и порядка предоставления субсидий.

В соглашении о предоставлении субсидий указываются случаи возврата в текущем финансовом году остатков субсидий, не использованных в отчетном финансовом году (далее – остатки субсидий).

11. Субсидии предоставляются исходя из суммы понесенных получателями субсидий расходов, указанной в заявлении, предусмотренном в подпункте 1 пункта 4 настоящего Порядка, в пределах бюджетных ассигнований и лимитов бюджетных обязательств, предусмотренных Министерству сводной бюджетной росписью областного бюджета на соответствующий финансовый год на возмещение расходов, но не выше установленных тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Омской области на 2015 год.

12. Перечисление субсидии на банковский счет получателя субсидии осуществляется в установленном законодательством порядке в течение 10 рабочих дней со дня принятия Министерством решения о предоставлении субсидии.

13. В случае нарушения получателями субсидий условия, установленного подпунктом 1 пункта 10 настоящего Порядка, Министерство в течение 5 рабочих дней со дня обнаружения нарушения направляет получателям субсидий уведомление о возврате субсидий.

14. При возникновении случаев возврата в текущем финансовом году остатков субсидий, предусмотренных соглашением о предоставлении субсидий, Министерство в течение 5 рабочих дней со дня обнаружения соответствующих обстоятельств направляет получателям субсидий уведомление о возврате остатков субсидий.

15. Субсидии (остатки субсидий) подлежат возврату в областной бюджет получателями субсидий в течение 30 календарных дней со дня получения уведомления о возврате субсидий (остатков субсидий).

16. В случае нарушения получателями субсидий срока возврата субсидий (остатков субсидий), установленного пунктом 15 настоящего Порядка, субсидии (остатки субсидий) возвращаются в областной бюджет в соответствии с законодательством.

17. Проверка соблюдения условий, цели и порядка предоставления субсидий осуществляется Министерством и Главным управлением финансового контроля Омской области.

_____»
