|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ****ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО****СТРАХОВАНИЯ****РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ** |  | **ЭМШЭЛЭЛГЫН** **ТАЛААР УЯЛГАТА** **ДААДХАЛАЙ БУРЯАД** **УЛАСАЙ ГАЗАР** **ДЭБИСХЭРЭЙ ЖАСА** |

**Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Бурятия (ТФОМС РБ) - некоммерческая организация, созданная в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Бурятия.**

**ТФОМС РБ аккумулирует финансовые средства для функционирования системы обязательного медицинского страхования, осуществляет контроль за эффективным использованием финансовых средств ОМС.**

**Адрес: 670047, г. Улан-Удэ, ул. Пирогова, д. 10 А**

**Тел.: 8 (3012) 33-42-31- приёмная; 8(3012) 33-48-14 (факс).**

**Е-mail: general@tfomsrb.ru. Сайт:** [**www.tfomsrb.ru**](http://www.btfoms.ru/)

 **Обязательное медицинское страхование (ОМС) - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования.**

 **Основными принципами осуществления обязательного медицинского страхования являются:**

**1) обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования (далее - программы обязательного медицинского страхования);**

 **2) устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования;**

**3) обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами;**

**4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика;**

**5) создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования.**

**Территориальная Программа ОМС – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории Республики Бурятия.**

ПРОГРАММА

ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ

РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ НА 2023 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2023 ГОД И НА ПЛАНОВЙ ПЕРИОД 2024 И 2025 ГГ.

**(Постановление Правительства Республики Бурятия от29.12.2022г. № 845)**

**С полным вариантом Программы госгарантий можно ознакомится на официальном сайте ТФОМС РБ (www.tfomsrb.ru) в разделе ДОКУМЕНТЫ И СПРАВОЧНИКИ → НОРМАТИВНО ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ → РЕСПУБЛИКАНСКИЕ.**

**Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Республики Бурятия на 2023 год устанавливает перечень видов, форм и условий медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, а также порядок и условия предоставления медицинской помощи, критерии доступности и качества медицинской помощи.**

**Виды, формы и условия оказания медицинской помощи**

**В рамках настоящей Программы 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.**

**Медицинская помощь предоставляется в следующих формах**

**экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни;**

**неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента;**

**плановая - медицинская помощь, оказываемая 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.**

**Порядок оказания бесплатной медицинской помощи в медицинских организациях**

 **Республики Бурятия, включённых в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования**

**Бесплатная медицинская помощь оказывается гражданам, проживающим на территории Республики Бурятия и других субъектов Российской Федерации, иностранным гражданам при предоставлении: документа, удостоверяющего личность; полиса обязательного медицинского страхования, выписки из единого регистра застрахованных лиц о полисе ОМС. При состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц, оказывается скорая и неотложная медицинская помощь независимо от места проживания, наличия документов удостоверяющих личность, страхового медицинского полиса.**

**Отдельные категории граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации имеют право на внеочередное оказание медицинской помощи.**

**Порядок и условия предоставления бесплатной медицинской помощи**

**в учреждениях здравоохранения Республики Бурятия**

**Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации (с учетом согласия врача).**

**Плановая амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается в медицинской организации, к которой вышеуказанные категории граждан прикреплены.**

**При предоставлении плановой амбулаторной помощи 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 ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме - не более 2 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, а для пациентов с онкологическими заболеваниями - 14 календарных дней со дня назначения; сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 14 рабочих дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию, а для пациентов с онкологическими заболеваниями - не должны превышать 7 рабочих дней с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления диагноза заболевания (состояния); 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.**

**Плановая стационарная медицинская помощь оказывается в медицинской организации по направлению лечащего врача.**

**Права и обязанности граждан Российской Федерации**

**в области охраны здоровья**

**1. Право граждан на охрану здоровья, на медицинскую помощь в гарантированном объёме, оказываемую без взимания платы в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.**

Пункт 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации.

Ст. 18, 19 Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Ст. 16 Федерального Закона Российской Федерации от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

**2. Право граждан на выбор (замену) страховой медицинской организации.**

**«…застрахованные лица имеют право на выбор (замену) страховой медицинской организации путём подачи заявления лично или через своего представителя в выбранную страховую медицинскую организацию в порядке, установленном правилами ОМС…»**

Ст. 16 Федерального Закона Российской Федерации от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

 **3. Право граждан на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.**

**«…для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин имеет право выбора медицинской организации, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще 1 раза в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина)»**

Ст. 19, 21 Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**4. Право граждан на выбор врача.**

**«….в выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще 1 раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина) выбор врача-терапевта, врача-терапевта участкового,** **врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики, (семейного врача) или фельдшера, путём подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации….»**

Ст. 19, 21 Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**.**

**5. Право граждан на возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи.**

Ст. 19 Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Ст. 1064, 1068 Гражданского кодекса Российской Федерации (ч.2) (14-Ф3 от 26.01.96)

Ст. 45 Федерального Закона Российской Федерации от 22.06.1998 №86-ФЗ «О лекарственных средствах».

**6. Право граждан на получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.**

Ст. 19 Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**7. Обязанность застрахованного лица предъявить по своему выбору полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе или документ удостоверяющий личность при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.**

**Порядок получения**

**полиса обязательного медицинского страхования**

**Полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории РФ в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования, на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования. Порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования установлен Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздрава РФ от 28 февраля 2019 года № 108н.**

**Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации (далее – СМО) и заявление о включении в единый регистр застрахованных лиц подаются в следующих формах:**

**1) на бумажном носителе, путем обращения в страховую медицинскую организацию (иную организацию) лично или посредством почтовой связи;**

**2) электронного документа, направляемого через официальный сайт ТФОМС РБ в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет» или Единый портал государственных и муниципальных услуг.**

**В случае подачи заявления о выборе (замене) СМО и заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц в форме электронного документа посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг указанные заявления подписываются усиленной неквалифицированной электронной подписью.**

**Замену СМО, в которой ранее был застрахован гражданин, застрахованное лицо вправе осуществлять один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства (за исключением случаев переезда на новое место жительства в пределах одного субъекта Российской Федерации) или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования путем подачи заявления о выборе (замене) СМО во вновь выбранную СМО.**

**На основании заявления о выборе (замене) СМО и заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц, а также при предъявлении необходимых документов СМО обеспечивает внесение сведений, указанных в заявлении о выборе (замене) СМО и заявлении о включении в единый регистр застрахованных лиц, в единый регистр застрахованных лиц и предоставляет по запросу застрахованного лица выписку из единого регистра застрахованных лиц, содержащую сведения о полисе.**

**Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения срока действия. Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года. Временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия разрешения на временное проживание. Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом "О беженцах" выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока пребывания. Временно пребывающим в Российской Федерации трудящимся государств - членов ЕАЭС выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС. Временно пребывающим в Российской Федерации иностранным гражданам, относящимся к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока исполнения ими соответствующих полномочий.**

**Застрахованные лица при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев получения медицинской помощи в экстренной форме:**

**1) в течение переходного периода (до 31 декабря 2025 года) застрахованные лица предъявляют полис на бланке либо выписку о полисе, а при наличии технической возможности однозначной идентификации застрахованного лица в едином регистре застрахованных лиц идентификация застрахованных лиц может осуществляться при предъявлении застрахованным лицом или представителем (в том числе законным представителем) документа, удостоверяющего личность застрахованного лица;**

**2) по истечении переходного периода (до 31 декабря 2025 года) застрахованные лица предъявляют по своему выбору полис на бланке, выписку о полисе, либо документ, удостоверяющий личность (для детей в возрасте до четырнадцати лет - свидетельство о рождении).**

**ПОРЯДОК ПРИКРЕПЛЕНИЯ К МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

 **(приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12.04.2012г. № 406Н)**

**Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).**

**В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации (с учетом согласия врача).**

**Для выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им медицинскую организацию с письменным заявлением о выборе медицинской организации.**

**При подаче заявления предъявляются оригиналы следующих документов:**

**1) для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:**

**свидетельство о рождении;**

**документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;**

**полис обязательного медицинского страхования ребенка;**

**2) для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:**

**паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта;**

**полис обязательного медицинского страхования;**

**3) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным** **законом** **от 19.02.1993 N 4528-1 "О беженцах":**

**удостоверение беженца, или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца, поданной в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации;**

**полис обязательного медицинского страхования;**

**4) для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:**

**паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;**

**вид на жительство;**

**полис обязательного медицинского страхования;**

**5) для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:**

**документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;**

**вид на жительство;**

**полис обязательного медицинского страхования;**

**6) для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:**

**паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;**

**полис обязательного медицинского страхования;**

**7) для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:**

**документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;**

**полис обязательного медицинского страхования;**

**8) для представителя гражданина, в том числе законного:**

**документ, удостоверяющий личность, и документ, подтверждающий полномочия представителя;**

**9) в случае изменения места жительства - документ, подтверждающий факт изменения места жительства.**

**При осуществлении выбора медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, гражданин должен быть ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.**

 **Медицинская организация, принявшая заявление, информирует гражданина (его представителя) в письменной или устной форме (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о принятии гражданина на медицинское обслуживание.**

**Выбор медицинской организации при оказании скорой медицинской помощи осуществляется гражданином с учетом соблюдения установленных сроков оказания скорой медицинской помощи.**

**Выбор медицинской организации при оказании специализированной медицинской помощи в плановой форме осуществляется по направлению на оказание специализированной медицинской помощи (далее - направление), выданному лечащим врачом.**

**При выдаче направления лечащий врач обязан проинформировать гражданина о медицинских организациях, участвующих в реализации Программы, в которых возможно оказание медицинской помощи с учетом сроков ожидания медицинской помощи, установленных Программой. На основании вышеуказанной информации гражданин осуществляет выбор медицинской организации, в которую он должен быть направлен для оказания специализированной медицинской помощи. В случае, если гражданин выбирает медицинскую организацию, в которой срок ожидания специализированной медицинской помощи превышает срок ожидания медицинской помощи, установленный Программой, лечащим врачом делается соответствующая отметка в медицинской документации.**

**ПОРЯДОК ВЫБОРА ГРАЖДАНИНОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗА ПРЕДЕЛАМИ ТЕРРИТОРИИ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,**

**В КОТОРОМ ПРОЖИВАЕТ ГРАЖДАНИН**

**(приказ Министерства Здравоохранения РФ от 21.12.2012г. №1342н)**

**1. При выборе медицинской организации для оказания медицинской помощи за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им медицинскую организацию (далее - медицинская организация, принявшая заявление) с письменным заявлением о выборе медицинской организации (далее - заявление), которое содержит следующие сведения:**

**1) наименование и фактический адрес медицинской организации;**

**2) фамилия и инициалы руководителя медицинской организации;**

**3) информация о гражданине:**

**фамилия, имя, отчество (при наличии);**

**пол;**

**дата рождения;**

**место рождения;**

**гражданство;**

**данные документов, предъявляемых согласно** [**пункту 2**](#Par63)**;**

**адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника;**

**место регистрации (по месту жительства или месту пребывания);**

**дата регистрации;**

**контактная информация;**

**4) информация о представителе гражданина (в том числе** **законном представителе****):**

**фамилия, имя, отчество (при наличии);**

**отношение к гражданину;**

**данные документа, предъявляемого согласно** [**пункту 2**](#Par63)**;**

**контактная информация;**

**5) номер полиса обязательного медицинского страхования гражданина;**

**6) наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином;**

**7) наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления;**

**8) фамилия, имя, отчество (при наличии) выбранного врача;**

**9) подтверждение факта ознакомления с информацией, указанной в** [**пункте 3**](#Par107)**.**

**2. При подаче заявления предъявляются оригиналы или их заверенные копии тех же документов, а также СНИЛС (для детей, являющихся гражданами Российской Федерации, в возрасте до четырнадцати лет, иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии), что и при прикреплении граждан к МО на территории, в которой проживает гражданин. (стр. 5-6).**

**3. Медицинская организация, принявшая заявление, информирует гражданина в письменной или устной форме (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о принятии гражданина на медицинское обслуживание с учетом согласия врача и соблюдения сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.**

**4. Выбор медицинской организации при оказании специализированной медицинской помощи в плановой форме осуществляется по направлению на оказание специализированной медицинской помощи (далее - направление), выданному лечащим врачом выбранной гражданином медицинской организации, принявшей заявление, которое содержит следующие сведения:**

**1) наименование медицинской организации (из числа участвующих в реализации территориальной программы), в которую направляется гражданин, которому должна быть оказана специализированная медицинская помощь;**

**2) дата и время, в которые необходимо обратиться за получением специализированной медицинской помощи с учетом соблюдения сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой.**

**5. При выдаче направления лечащий врач обязан проинформировать гражданина о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание медицинской помощи с учетом сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой.**

**6. В случае если гражданин выбирает медицинскую организацию, в которой срок ожидания специализированной медицинской помощи превышает срок ожидания медицинской помощи, установленный территориальной программой, лечащим врачом делается соответствующая отметка в медицинской документации.**

**ПОРЯДОК НАПРАВЛЕНИЯ ПРИКРЕПЛЕННЫХ К ПОЛИКЛИНИКАМ ГРАЖДАН В ДРУГИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ, ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ, ЛЕЧЕБНОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ПЛАНОВОЙ СТАЦИОНАРНОЙ И СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ**

**Показания для направления прикрепленных граждан определяет лечащий врач поликлиники, осуществляющий амбулаторный прием.**

 **Направление для получения амбулаторно-поликлинической помощи должно содержать цель консультативной, диагностической, лечебной помощи** (уточнение диагноза, коррекция лечения и т.д.). **При направлении к нескольким врачам-специалистам направление заполняется к каждому специалисту на отдельном бланке. Направление заверяется подписью руководителя или заместителя главного врача по клинико-экспертной работе.**

**Врач-специалист медицинской организации, оказывающий консультативную, диагностическую, лечебную помощь пациентам по направлению лечащего врача поликлиники по месту прикрепления, имеет право определить перечень консультантов, объем диагностических исследований и период лечения, необходимых для решения задач, указанных в цели направления.**

**По окончании получения консультативной, диагностической и лечебной помощи врач выдает гражданину заключение с приложением результатов, проведенных консультаций, диагностических исследований и лечебных мероприятий, заполняет «корешок к направлению на консультацию и/или выписной эпикриз при получении стационарной или стационарозамещающей помощи, которые выдают на руки пациенту для лечащего врача.**

 **Пациенты, имеющие хронические заболевания и нуждающиеся в диспансерном наблюдении у врача-специалиста республиканского медицинской организации, подлежат обязательному осмотру врачом поликлиники, к которой прикреплен гражданин, не реже 1 раза в год с последующей выдачей направления для динамического наблюдения к врачу-специалисту республиканских медицинских организаций, при их отсутствии в поликлинике, к которой прикреплен гражданин. Врач поликлиники выдает направления для динамического наблюдения в течение года к врачам-специалистам поликлиник республиканских учреждений.**

**Направление считается действительным 3 месяца с даты его выдачи.**

**При обращении граждан, нуждающихся в неотложной медицинской помощи, медицинская помощь оказывается без направления.**

**ЦЕЛИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

**Диспансеризация – это комплекс мероприятий, проводимый врачами-специалистами, проведение лабораторных и инструментальных методов диагностики, осуществляемых в отношении определённых групп населения.**

**Цели диспансеризации определённых групп взрослого населения:**

1. **Раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, факторов риска их развития, включающих повышенный уровень артериального давления, , повышенный уровень глюкозы, холестерина в крови, курение табака, риск пагубного потребления алкоголя, нерациональное питание, низкую физическую активность, избыточную массу тела или ожирение (далее - факторы риска), а также потребление наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;**
2. **Определение группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, а также для здоровых граждан;**
3. **Проведение профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития;**
4. **Определение группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском.**

**Диспансерное наблюдение – это обследование пациентов в определенной периодичностью, страдающих хроническими неинфекционными и инфекционными заболеваниями, а также находящихся в восстановительном периоде после перенесенных острых заболеваний.**

 **Цели диспансерного наблюдения:**

**1.Достижение заданных значений параметров физикального, лабораторного и инструментального обследования;**

**2. Коррекции факторов риска развития заболеваний;**

**3. Предотвращение обострений заболеваний, снижение числа госпитализаций;**

**4. Повышение качества и увеличения продолжительности жизни.**

**реализация**

**защиты прав и интересов застрахованных лиц**

**При получении амбулаторно-поликлинической помощи лекарственное обеспечение** (за исключением дневного стационара, стационара на дому и центра амбулаторной хирургии) **по видам медицинской помощи и услугам, включенным в Программу, осуществляется за счёт личных средств пациентов, за исключением лиц, имеющих льготы, установленные действующим законодательством и федеральными нормативно-правовыми актами, нормативно-правовыми актами Республики Бурятия.**

**При получении стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи лекарственные препараты больному предоставляются согласно утвержденным порядкам и/или стандартам оказания медицинской помощи бесплатно в соответствии Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов** (Распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 N 2406-р).

 **При получении платных медицинских услуг необходимо убедиться, что данная услуга не включена в территориальную Программу ОМС. Для этого, Вы можете проконсультироваться со специалистами страховой компании, в которой Вы застрахованы и/или страховым представителем в медицинской организации или со специалистами Территориального фонда ОМС Республики Бурятия.**

**При возникновении конфликтной ситуации при получении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи или при получении стационарной медицинской помощи необходимо обратиться за помощью к заведующему отделением, к заместителю главного врача по лечебной работе, заместителю главного врача по клинико-экспертной работе, к главному врачу.**

**В случае невозможности разрешить конфликт в медицинской организации Вы можете обратиться в отдел по защите прав, застрахованных Вашей страховой компании или к страховому представителю в медицинской организации.**

 **СТРАХОВЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ ОТ СМО**

**(Письмо ФФОМС от 26.02.2021 N 00-10-30-04/1101)**

 **СМО осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц - информирование застрахованных лиц страховыми представителями всех уровней на всех этапах оказания им медицинской помощи.**

**Институт «страховых представителей» включает в себя специалистов 3 уровней.**

**1 уровень: специалист контакт-центра СМО, предоставляющий по устным обращениям застрахованных лиц информацию по вопросам обязательного медицинского страхования справочно-консультационного характера.**

**2 уровень: специалист СМО – деятельность которого направлена на** **организацию информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий, на защиту прав и законных интересов, застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования лиц. Деятельность страхового представителя 2 уровня осуществляется в страховой медицинской организации, в медицинской организации (в соответствии с графиком работы), в страховом представительстве, организованном на территории медицинской организации.**

**3 уровень: специалист-эксперт СМО -** **осуществляет информирование застрахованных лиц по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам, контролируют соблюдение законных прав застрахованных лиц на получение гарантированной бесплатной и доступной медицинской помощи, оказывают, при необходимости правовую и методическую поддержку застрахованным лицам при возникновении спорных случаев в досудебном и судебном.**

**Функции страховых представителей по защите интересов**

**застрахованных граждан**

* **Консультирование граждан по вопросам получения бесплатной и доступной медицинской помощи.**
* **Организация мероприятий по оперативному решению правовых вопросов получения бесплатной и доступной медицинской помощи.**

**Информирование и информационное сопровождение при оказании медицинской помощи**

**Страховая медицинская организация осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи:**

* **Информирование о возможности прохождения профилактических мероприятий;**
* **Телефонный опрос застрахованных лиц в целях уточнения своевременности исполнения медицинской организацией мероприятий по организации привлечения населения к прохождению профилактических мероприятий, выяснение причин отказов от них;**
* **Контроль фактического потребления застрахованными лицами, подлежащих диспансерному наблюдению, объемов медицинской помощи;**
* **Контроль своевременности прохождения ими диспансерного наблюдения;**
* **Мониторинг очередности и доступности специализированной медицинской помощи и профильности плановой госпитализации;**
* **Взаимодействие с медицинской организацией для уточнения причин выявленных нарушений и принятия оперативных мер, направленных на их устранение;**
* **Участие в оперативном разрешении спорных ситуаций, возникающих в момент госпитализации, путём взаимодействия с уполномоченными должностными лицами медицинских организаций;**
* **Организация очной экспертизы оказания медицинской помощи в момент получения специализированной медицинской помощи для контроля доступности медицинской помощи, соответствия условий её оказания установленным показателям, соблюдения прав пациента.**

**Порядок обжалования гражданами действий страховых представителей**

**Обжалование действий страховых представителей производится в письменном виде по усмотрению гражданина в СМО или в ТФОМС РБ.**

**Порядок обращения застрахованных граждан в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Бурятия по претензиям к работе страховых медицинских организаций**

**В случае возникновения претензий к работе страховых медицинских организаций застрахованные граждане могут обратиться с письменным или устным обращением лично на приём к директору Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия**

**по адресу г. Улан-Удэ, ул. Пирогова 10а, тел. 8 (3012) 33-42-31** (приёмная).

**Директор ТФОМС РБ: Варфоломеев Александр Михайлович.**

**Прием граждан: среда с 14-00 до 16-00 часов.**

**Предварительная запись по телефону 8 (3012) 33-42-31** (приёмная).

**В период отсутствия директора прием ведет:**

**Первый заместитель директора ТФОМС РБ Морходоева Сержуня Баторовна.**

**Телефон: 8(3012)33-40-30.**

**Управление организации ОМС ТФОМС РБ - кабинет № 4,**

**в рабочие дни с 9.00 – 12.00 и с 13.00 – 17.00.**

**Телефон: 8 (3012) 33-40-59, 33-47-55.**

**Контакт-центр  по вопросам обеспечения прав и законных интересов застрахованных лиц при получении медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования.**

**тел.: 8-800-3012-003 (круглосуточно - звонок по России бесплатный).**

 **В письменном обращении необходимо указать:**

**- фамилия, имя, отчество;**

**- страховая медицинская организация;**

**- серия, номер страхового медицинского полиса;**

**- место работы (**для работающих граждан**);**

**- адрес фактического проживания;**

**- адрес по прописке;**

**- контактный номер телефона;**

**- содержание претензии.**

**В случае возникновения претензий граждан к работе подразделений и/или работников страховых медицинских организаций, в том числе операторов, осуществляющих обработку персональных данных, граждане могут написать письменное заявление на имя директора страховой медицинской организации или обратиться с устным обращением к директору страховой медицинской организации в часы приема.……………………………………………………………………………….**

**Филиал**

**ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Республике Бурятия**

**Юридический адрес:** 670000, г. Улан-Удэ, ул. Профсоюзная, д.10

**Директор:** Бандеев Борис Васильевич

**Приём граждан:** вторник с 14.00ч. до 17.00ч.

**Телефон**: 8 (3012) 44-05-97 **Приёмная:** 8 (3012) 44-02-97

**Отдел сопровождения застрахованных лиц**

Начальник: Пахомова Ирина Петровна

Телефон:8 (3012) 44-25-40

**Отдел по защите прав застрахованных и информационного сопровождения ОМС**

Начальник: Зайкова Татьяна Викторовна

Телефон: 8 (3012) 44-02-97

**Отдел ЗПЗ и ЭКМП**

Начальник: Хунгеева Елена Владимировна

Телефон:8 (3012) 44-05-30

**Телефон «горячей линии»: 8-800-100-81-02 (звонок бесплатный).**

**Контакт-Центр: 8-800-222-70-62 (звонок бесплатный).**

**Адреса пунктов выдачи полисов обязательного медицинского страхования:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Адрес местонахождения** | **Телефон:** |
| 1 | г. Улан-Удэ, ул. Профсоюзная, д.10 | 8-800-222-70-62 |
| 2 | г. Улан-Удэ, пр. Строителей, д.72, КСК ЗММК, помещение 3 | 8-800-222-70-62 |
| 3 | г. Улан-Удэ, пр.50 лет Октября, д.12 | 8-800-222-70-62 |
| 4 | Баргузинский р-н, п. Баргузин, ул. Дзержинского, д.42 | 8-800-222-70-62 |
| 5 | Бичурский р-н, с. Бичура, ул. Советская, д.43 | 8-800-222-70-62 |
| 6 | Еравнинский р-н, с. Сосново-Озёрское, ул. Василенко, д.2, каб. 6 | 8-800-222-70-62 |
| 7 | Заиграевский р-н, с. Заиграево, ул. Серова, д.31, каб.17 | 8-800-222-70-62 |
| 8 | Закаменский р-н, г. Закаменск, ул. Ленина, д.23 | 8-800-222-70-62 |
| 9 | Иволгинский р-н, с. Иволгинск, ул. Ленина, д.24а | 8-800-222-70-62 |
| 10 | Кижингинский р-н, с. Кижинга, ул. Коммунистическая, д.4 офис 4 | 8-800-222-70-62 |
| 11 | Кяхтинский р-н, г. Кяхта, ул.Ленина, д.94а | 8-800-222-70-62 |
| 12 | Мухоршибирский р-н, с. Мухоршибирь, ул. Ленина, д.166, 1 этаж | 8-800-222-70-62 |
| 13 | Муйский р-н, п. Таксимо, ул. Белорусская, д.1а | 8-800-222-70-62 |
| 14 | Тарбагатайский р-н, с. Тарбагатай, ул.Кооперативная, д.8 | 8-800-222-70-62 |
| 15 | Тункинский р-н, с. Кырен, ул.Ленина, д.90а | 8-800-222-70-62 |
| 16 | Хоринский р-н, с. Хоринск, ул.Ленина, д.28 | 8-800-222-70-62 |
| 17 | Северобайкальский р-н, г.Северобайкальск, пр-кт Ленинградский,д.6а | 8-800-222-70-62 |

**Бурятский филиал АО «Страховая компания СОГАЗ-Мед»**

**Юридический адрес:** 670031, г. Улан-Удэ, ул. Бабушкина, д. 13а

**Директор:** Гаврилов Юрий Анатольевич

**Телефон:** 8 (3012) 48-07-39 (доб.1001)

**Приём граждан:** понедельник с 14 до 15ч.

**Заместитель директора:** Модонов Александр Федорович

**Телефон:** 8 (3012) 48-07-39 (доб.1002)

**Служба экспертизы и защиты прав застрахованных**

Руководитель: Бухаева Надежда Николаевна

Телефон:8 (3012) 48-07-39 (доб.1400)

Специалисты-эксперты: 8(3012) 48-07-39 (доб. 1401, 1402, 1403,1404,1405,1406)

**Служба обязательного медицинского страхования**

Руководитель:Цыренова Эржена Валерьевна

Телефон:8(3012) 48-07-39 (доб.1200)

Специалисты:8(3012) 48-07-39 (доб.1201,1202,1203,1204,1205,1206)

**Телефон контакт-центра: 8-800-100-07-02 (круглосуточно - звонок по России бесплатный).**

**Адреса пунктов выдачи полисов обязательного медицинского страхования:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Адрес** | **Телефон** |
| 1 | Баунтовский р-н, с. Багдарин, ул. Ленина, д. 24, каб. 45 | 8-800-100-07-02 |
| 2 |  Джидинский р-н, с. Петропавловка, ул. Терешковой, д.10 офис 53 | 8-800-100-07-02 |
| 3 | Иволгинский р-н, с. Иволгинск, ул. Октябрьская, д. 26 | 8-800-100-07-02 |
| 4 | Кабанский р-н, с. Кабанск, ул. Октябрьская, д. 6, каб. 20 | 8-800-100-07-02 |
| 5 | Курумканский р-н, с. Курумкан, ул. Балдакова, д. 19 | 8-800-100-07-02 |
| 6 | Прибайкальский р-н, с. Турунтаево, ул. 50 лет Октября, д.1а, каб.1 (в здании администрации сельского поселения) | 8-800-100-07-02 |
| 7 | Селенгинский р-н, г. Гусиноозерск, ул. Ключевская, д. 26А, офис 10 | 8-800-100-07-02 |
| 8 | г.Улан-Удэ, бул. Карла Маркса, д. 14 А | 8-800-100-07-02 |
| 9 | г.Улан-Удэ, пр-кт Строителей, д. 42 | 8-800-100-07-02 |
| 10 | г.Улан-Удэ, пр-кт 50 лет Октября, д. 14 | 8-800-100-07-02 |
| 11 | г.Улан-Удэ, ул. Бабушкина, д. 22Б | 8-800-100-07-02 |