

**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).

E-mail: general@tfomsrb.ru. Сайт: www.tfomsrb.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 средствами 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 ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2024 И 2025 ГГ.

(Постановление Правительства Республики Бурятия от 29.12.2022г. № 845)

С полным вариантом Программы госгарантий можно ознакомиться 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-ФЗ 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 государством - членом 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;
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;
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.

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 республиканской 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 (доб.1000) **Приёмная:** 8 (3012) 44-02-97 (доб.1002)

Отдел по защите прав застрахованных и информационного сопровождения ОМС:

Телефон: 8 (3012) 44-05-30 (доб.1026)

Служба экспертизы и защиты прав застрахованных

Руководитель: Хунгеева Елена Владимировна

Телефон: 8 (3012) 44-05-30 (доб.1029)

Начальник отдела сопровождения застрахованных лиц

Пахомова Ирина Петровна

Телефон: 8(3012)44-25-40 (доб.1003)

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)

Телефон контакт-центра:

8-800-100-07-02 (круглосуточно - звонок по России бесплатный).

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)

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