

**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, 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
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ
РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ НА 2025 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2026 и 2027
годов.**

(Постановление Правительства Республики Бурятия от 31 января 2025 г. № 58)

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

**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:

- 1) участники Великой Отечественной войны и приравненные к ним категории граждан;
- 2) инвалиды Великой Отечественной войны;
- 3) лица, подвергшиеся политическим репрессиям;
- 4) лица, признанные реабилитированными либо признанные пострадавшими от политических репрессий;
- 5) ветераны боевых действий;
- 6) лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда» лица, награжденные знаком «Житель осажденного Севастополя»;
- 7) Герои Советского Союза;
- 8) Герои Российской Федерации;
- 9) полные кавалеры ордена Славы;
- 10) лица, награжденные знаком «Почетный донор»;
- 11) граждане, относящиеся к категориям граждан, которым в соответствии с пунктами 1 и 2 части первой статьи 13 Закона Российской Федерации от 15.05.1991 г. № 1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС», статьями 2 и 3 Федерального закона от 26.11.1998 г. № 175-ФЗ «О социальной защите граждан Российской Федерации, подвергшихся воздействию радиации вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча», статьей 2 Федерального закона от 10.01.2002 г. № 2-ФЗ «О социальных

гарантиях гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне», постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 27.12.1991 г. № 2123-1 «О распространении действия Закона РСФСР «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» на граждан из подразделений особого риска» предоставлено право на внеочередное оказание медицинской помощи;

12) инвалиды I и II группы, дети-инвалиды и лица, сопровождающие таких детей;

13) участники специальной военной операции на территориях Украины, Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики с 24 февраля 2022 года;

14) иные категории граждан, которым в соответствии с федеральным законодательством предоставлено право на внеочередное оказание медицинской помощи.

Лекарственное обеспечение амбулаторно-поликлинической помощи (за исключением дневного стационара, стационара на дому и центра амбулаторной хирургии) по видам медицинской помощи и услугам, включенным в Программу, осуществляется за счет личных средств населения, за исключением:

- лекарственного обеспечения лиц, имеющих льготы, установленные действующим законодательством и федеральными нормативно-правовыми актами, нормативно-правовыми актами Республики Бурятия;

- лекарственного обеспечения экстренной и неотложной медицинской помощи.

Лекарственные препараты больному в стационаре предоставляются согласно перечню жизненно-необходимых и важнейших лекарственных средств, утвержденных Распоряжением Правительства РФ от 12.10.2019 г. № 2406-р (в ред. от 16.04.2024 г.).

Порядок оказания медицинской помощи гражданам и их маршрутизации при проведении медицинской реабилитации на всех этапах ее оказания осуществляется согласно приказам Министерства здравоохранения Республики Бурятия от 06.03.2024 № 195-ОД «Об организации медицинской реабилитации взрослого населения в медицинских организациях Республики Бурятия» и от 28.02.2023 № 140-ОД «О маршрутизации детского населения при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»».

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

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 (за исключением подозрения на онкологическое заболевание) не должны превышать 14 рабочих дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;

сроки проведения консультаций врачей-специалистов в случае подозрения на онкологические заболевания не должны превышать 3 рабочих дня;

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 рабочих дней со дня назначения исследований (за исключением исследований при подозрении на онкологическое заболевание);

сроки проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи (за исключением исследований при подозрении на онкологическое заболевание) не должны превышать 14 рабочих дней со дня назначения;

сроки проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований в случае подозрения на онкологические заболевания не должны превышать 7 рабочих дней со дня назначения исследований;

срок установления диспансерного наблюдения врача-онколога за пациентом с выявленным онкологическим заболеванием не должен превышать 3 рабочих дня с момента постановки диагноза онкологического заболевания;

сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, в том числе для лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, 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 предварительного 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.

В медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, ведется лист ожидания специализированной медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, и осуществляется информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации в области персональных данных.

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТДЕЛЬНЫМ КАТЕГОРИЯМ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Ветеранам боевых действий, в т.ч. участникам специальной военной операции (далее – СВО) оказание медицинской помощи осуществляется во внеочередном порядке.

Поликлиника выделяет отдельного медицинского работника, координирующего предоставление участнику СВО медицинской помощи во внеочередном порядке. Также могут быть выделены фиксированное время и даты приема участников СВО в целях прохождения ими диспансеризации и диспансерного наблюдения.

В случае невозможности прибытия участника СВО в поликлинику, поликлиника организует выезд к участнику СВО медицинской бригады.

Поликлиникой организуется проведение диспансеризации. При проведении первого этапа диспансеризации врач-терапевт оценивает необходимость предоставления участнику СВО дополнительных обследований и консультаций специалистов в целях оценки состояния его здоровья. Рекомендуются обеспечить проведение дополнительных обследований и консультаций в день осуществления первого этапа диспансеризации. При невозможности проведения таких обследований и консультаций в день проведения первого этапа диспансеризации они проводятся в период, не превышающий:

3 рабочих дней после проведения первого этапа диспансеризации в случае проживания участника специальной военной операции в городском населенном пункте;

10 рабочих дней после проведения первого этапа диспансеризации в случае проживания участника специальной военной операции в сельской местности (поселке городского типа, рабочем поселке) или в отдаленном населенном пункте.

Если участник СВО нуждается в постоянном динамическом наблюдении за ним и проживает в отдаленном населенном пункте, такое динамическое наблюдение может быть организовано с использованием телемедицинских технологий.

В случае если медицинские работники при оказании участнику СВО медицинской помощи выявляют необходимость предоставления ему социальных услуг, эта информация передается руководителю органа социальной защиты.

После получения указанной информации руководитель органа социальной защиты субъекта Российской Федерации организует предоставление участнику специальной военной операции необходимых ему социальных услуг в порядке, устанавливаемом Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации.

При оказании социальных услуг руководители органов социальной защиты информируют руководителя поликлиники, о выявленной потребности в предоставлении участнику СВО медицинской помощи.

При наличии показаний специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь предоставляется участнику СВО во внеочередном порядке.

Медицинская реабилитация предоставляется участникам СВО во внеочередном порядке, в том числе в амбулаторных условиях и на дому. При оказании медицинской реабилитации на дому на период лечения пациенту предоставляются медицинские изделия, предназначенные для восстановления функций органов и систем, в соответствии с клиническими рекомендациями по соответствующему заболеванию. Медицинская реабилитация при наличии медицинских показаний может включать продолжительную медицинскую реабилитацию (длительностью 30 суток и более).

В случае если участник СВО признается нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи, такая помощь предоставляется ему во внеочередном порядке. При организации паллиативной медицинской помощи на дому закрепляется выездная паллиативная бригада, осуществляющая выезд к такому пациенту на дом с частотой не реже 1 раза в неделю и по медицинским показаниям.

Медицинские организации при наличии показаний обеспечивают участника специальной военной операции медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека для использования на дому, по перечню, утвержденному Министерством здравоохранения Российской

Федерации, а также необходимыми лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами, используемыми при посещениях на дому, и продуктами лечебного (энтерального) питания.

Участники СВО при наличии показаний получают санаторно-курортное лечение в приоритетном порядке вне зависимости от наличия у них инвалидности. При наличии показаний к прохождению санаторно-курортного лечения в условиях федеральной санаторно-курортной организации решение о выдаче путевки на санаторно-курортное лечение федеральной санаторно-курортной организацией во внеочередном порядке.

На всех этапах оказания медицинской помощи участник СВО имеет право на консультирование медицинским психологом как при самостоятельном обращении, так и по направлению лечащего врача.

Министерством здравоохранения Российской Федерации организуется предоставление медицинской помощи участникам СВО, нуждающимся в медико-психологической, психотерапевтической, психиатрической и (или) наркологической медицинской помощи, в том числе на базе профильной федеральной медицинской организации, включая предоставление этой федеральной медицинской организацией консультаций профильным медицинским организациям субъектов Российской Федерации очно и с использованием телемедицинских технологий.

Также в территориальной программе государственных гарантий органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации устанавливаются отдельные положения, определяющие порядок зубного протезирования (вне зависимости от наличия у участника специальной военной операции инвалидности) и получения участниками специальной военной операции лекарственных препаратов во внеочередном порядке за счет бюджетных ассигнований бюджета Республики Бурятия, устанавливается Министерством здравоохранения Республики Бурятия.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

1. Право граждан на охрану здоровья, на медицинскую помощь в гарантированном объеме, 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 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№323-ФЗ от 21.11.11 г.)

Ст. 16 Федерального Закона Российской Федерации «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». (№326 от 29.11.2010г.)

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 №326 от 29.11.2010г. «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 №323-ФЗ от 21.11.11 г. Федерального Закона Российской Федерации «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 №323-ФЗ от 21.11.11 г. Федерального Закона Российской Федерации «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 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№323-ФЗ от 21.11.11 г.)

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

Ст. 45 Федерального закона «О лекарственных средствах». (№ 86-ФЗ от 22.06.98 г.)

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 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№323-ФЗ от 21.11.11 г.)

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.

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

**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.

ЦЕЛИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА, ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, включая углубленную диспансеризацию и диспансеризацию граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Цели профилактического медицинского осмотра, 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.
5. Оценка репродуктивного здоровья мужчин и женщин.

Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

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, стационарозаменяющей, скорой медицинской помощи, лекарственные препараты больному предоставляются бесплатно в соответствии Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (Распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 N 2406-р (ред. от 16.04.2024)).

Медицинские организации имеют право оказывать платные медицинские услуги:

Назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в **перечень** жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлены жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также не закупаемых за счет бюджетных ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации;

Применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не закупаемых за счет бюджетных ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации;

Установление индивидуального поста медицинского наблюдения при оказании медицинской помощи в стационарных условиях при отсутствии медицинских показаний к установлению индивидуального поста медицинского наблюдения;

Анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

Гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

При самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, которые предусмотрены **статьей 21** Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", а также за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме.

По возникающим вопросам 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 медицинской помощи необходимо обратиться за помощью к заведующему отделением, к заместителю главного врача по лечебной работе, заместителю главного врача по клинко-экспертной работе, к главному врачу.

В случае невозможности разрешить конфликт в медицинской организации Вы можете обратиться в страховую компанию, в которой Вы застрахованы или к страховому представителю в медицинской организации.

Страховые представители от СМО

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

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 Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия **Варфоломеев Александр Михайлович**. прием граждан: среда с 14-00 до 16-00 часов.

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

Первый заместитель директора ТФОМС РБ - **Беликова Анна Олеговна**

Заместитель директора ТФОМС РБ – **Коробенко Людмила Андреевна**

Телефон: **8(3012)33-40-30** или обратиться в **Управление организации ОМС** Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия - кабинет № 4, в рабочие дни с 9.00 – 12.00 и с 13.00 – 17.00. Тел. 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).

Контакт-центр по вопросам в сфере обязательного медицинского страхования:
АСП ООО «Капитал МС» - Филиал в Республике Бурятия 8-800-222-70-62 (круглосуточно – звонок по России бесплатный);
Бурятский филиал АО «Страховая компания СОГАЗ-Мед» 8-800-100-07-02 (круглосуточно - звонок по России бесплатный).

АСП ООО «Капитал МС» - Филиал в Республике Бурятия

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

Директор филиала: Бандеев Борис Васильевич. **Приём граждан:** вторник с 14.00ч. до 17.00ч.

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

Первый заместитель директора: Тугдумов Баир Владиславович. Телефон: 8 (3012) 44-02-97. Доб.1004

Отдел СЗЛ: 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: Тугдумова Клавдия Будаевна. 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).

Бурятский филиал

АО «Страховая компания СОГАЗ-Мед»

Юридический адрес: 670031, г. Улан-Удэ, ул. Бабушкина, д. 22Б

Директор филиала: Гаврилов Юрий Анатольевич. **Телефон:** 8 (3012) 37-94-14 (доб. 1001)

Приёмная 8(3012) 37-94-14

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

Заместитель директора: Модонов Александр Федорович. **Телефон:** 8 (3012) 37-94-14 (доб. 1002)

Телефон контакт-центра:

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

Группа экспертной деятельности

Руководитель: Бухаева Надежда Николаевна

Телефон: 8 (3012) 37-94-14 (доб. 2400)

Отдел обязательного медицинского страхования

Руководитель: Цыренова Эржена Валерьевна

Телефон: 8(3012) 37-94-14 (доб. 1200)

Группа защиты прав застрахованных

Руководитель: Ардонова Надежда Владимировна

Телефон: 8 (3012) 37-94-14 (доб. 1400)

Специалисты: 8 (3012) 37-94-14 (доб.1201,1202,1203,1204,1205,1206, 1207, 1208, 1209)