

**ПОРЯДОК**  
**предоставления медицинской помощи (медицинских услуг)**  
**на территории Липецкой области**  
**в условиях финансирования по подушевому нормативу**

Порядок предоставления медицинской помощи (медицинских услуг) на территории Липецкой области в условиях финансирования по подушевому нормативу (далее – Порядок) разработан на основании Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями на 29.05.2019), Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями на 26.07.2019), постановления Правительства Российской Федерации № 1610 от 07.12.2019г. «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказа Минздравсоцразвития РФ от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи», постановления администрации Липецкой области «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов».

В Порядке используются следующие определения:

ОМС – обязательное медицинское страхование

ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования Липецкой области.

СМО – страховая медицинская организация.

МО – медицинские организации, отнесенные к типу подушевого финансирования.

Застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование.

Территориальная поликлиника – медицинская организация, оказывающая первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, а так же первичную врачебную и специализированную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара.

1. Первичная медико-санитарная помощь оказывается бесплатно в плановой и неотложной форме в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуется по территориально-участковому принципу.

К прикрепленному по территориально-участковому принципу населению относятся застрахованные лица, имеющие место жительства на территории обслуживания медицинской организации.

2. Порядок выбора МО застрахованным лицом осуществляется в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 26.04.2012 №406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи».

3. 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.

3.1. Оказание первичной медико-санитарной помощи по экстренным показаниям осуществляется по факту обращения за медицинской помощью.

3.2. Порядок и условия предоставления медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке, определены Программой.

3.3. При невозможности предоставить гражданину медицинскую помощь в установленные сроки медицинской организацией обеспечивается направление гражданина для получения необходимой медицинской помощи в другую медицинскую организацию, включенную в перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Программы.

4. Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста.

5. Для получения плановой специализированной медицинской помощи выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случае, если в реализации Программы принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных Программой.

6. Медицинская помощь в неотложной или экстренной форме оказывается гражданам с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания.

7. При выборе врача и медицинской организации гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме, в том числе размещенной в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации.

8. При направлении застрахованного лица в медицинскую организацию для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи лечащий врач оформляет направление по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 №255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».

9. В медицинской организации, оказавшей направленному территориальной поликлиникой застрахованному гражданину первичную специализированную медико-санитарную, специализированную медицинскую помощь, при формировании реестра счетов для оплаты оказанных медицинских услуг в реестр вносится информация о территориальной поликлинике, направившей пациента, а при оказании медицинской помощи в неотложной или экстренной форме – о медицинской организации, доставившей пациента.

10. В случае отсутствия в реестре счетов данных о медицинской организации (территориальной поликлинике), направившей пациента, а также при направлении пациента врачом медицинской организации, к которой не прикреплен застрахованный пациент, оплата оказанной медицинской помощи (медицинских услуг) будет осуществляться после проведения СМО экспертизы качества медицинской помощи, подтверждающей обоснованность оказания данного вида медицинской помощи (медицинских услуг) и рассмотрения на заседании комиссии по осуществлению межучрежденческих расчетов в условиях финансирования по дифференцированному подушевому нормативу на прикрепленное застрахованное население. Оплата может производиться без запроса и экспертной оценки первичной медицинской документации, при условии согласия заинтересованных сторон. Факт согласия сторон оформляется в форме Акта.