

Выбор медицинской организации



10 июня 2012 года вступил в силу приказ Минздравсоцразвития России, утвердивший Порядок выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Право на выбор медицинской организации при оказании гражданину медицинской помощи в рамках **территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи** (<http://тфомсск.рф/documents/detail.php?ID=1974>) установлено статьей 21 **Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»** (<http://тфомсск.рф/documents/detail.php?ID=1438>) и теперь регламентированы механизмы его реализации.

Выбираем поликлинику

Первичная медицинская помощь, включающая динамическое наблюдение за состоянием здоровья прикрепленного контингента, является важным этапом организации охраны здоровья населения. В настоящее время амбулаторно-поликлиническое медицинское обслуживание осуществляется по территориально-участковому принципу прикрепления детского или взрослого населения, проживающего на обслуживаемом участковым (семейным) врачом участке. При этом застрахованный гражданин вправе прикрепиться для обслуживания к другому поликлиническому учреждению, например, если он фактически проживает в другом, нежели зарегистрирован, населенном пункте или по иным причинам.

Как оформить прикрепление?

Для этого необходимо с заявлением о выборе обратиться в ту медицинскую организацию, к которой гражданин хочет прикрепиться для обслуживания, и представить указанные в **Порядке** (<http://тфомсск.рф/documents/detail.php?ID=1821>) документы. Это документ, удостоверяющий личность (паспорт или свидетельство о рождении ребенка), и полис обязательного медицинского страхования. Для иностранных граждан и лиц без гражданства постоянно или временно проживающих в России требуется предоставить документы, подтверждающие легитимность нахождения на территории Российской Федерации. В отношении граждан, не достигших совершеннолетия, или недееспособных лиц выбор делают родители или другие законные представители.

В дальнейшем поликлиника сама проинформирует медицинскую организацию, в которой застрахованный гражданин наблюдался ранее, и страховую компанию о принятии пациента на обслуживание.

Важно: гражданам, которые не намерены изменять прикрепление, и хотят обслуживаться в той же поликлинике, в которой они обслуживались ранее, нет необходимости тратить время на оформление прикрепления. Они считаются прикрепленными к тому амбулаторному учреждению и врачу, у которого уже обслуживаются. Изменить прикрепление можно **не чаще чем один раз в год**, кроме случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина.

Выбираем участкового врача

При осуществлении выбора медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, застрахованный должен быть ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов, врачей-педиатров и врачей общей (семейной практики) или фельдшеров, работающих в этой поликлинике. Гражданина должны проинформировать о количестве пациентов, уже выбравших того или иного врача и о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании медицинской помощи на дому, чтобы он мог сделать обоснованный выбор.

Как реализуется право выбора на последующих этапах лечения?

Выбор для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи, то есть оказываемой «узкими» специалистами поликлиники, например, кардиологом, окулистом, хирургом и другими или в дневном стационаре осуществляется по направлению участкового (семейного) врача, фельдшера или врача-специалиста, а так же по самообращению.

Для получения плановой специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случае, если в реализации территориальной программы принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации. Выдавая направление, пациенту предоставляется информация об очередности и сроках ожидания медицинской услуги или госпитализации. Территориальной программой ОМС установлен срок ожидания плановой медицинской помощи и госпитализации — 14 рабочих дней. Если пациент выбирает медицинскую организацию, в которой срок ожидания превышает установленный, направивший врач делает об этом отметку в медицинской документации и медицинская помощь будет оказана пациенту в порядке очередности.

Экстренная или неотложная медицинская помощь оказывается гражданам с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания.

Выбор врача осуществляется с учетом его согласия. Право выбора медицинской организации не является безусловным и абсолютным, его реализация осуществима только в определенных условиях (территориальное расположение медицинской организации, возможности коечного фонда стационара, нагрузка врача и т. д.). **Для того чтобы избежать конфликтов, необоснованных обвинений, необходимо обсудить возможность выбора с лечащим врачом, администрацией медицинской организации, обратиться за разъяснением в свою страховую медицинскую организацию.**



