**Застрахованные по обязательному медицинскому страхованию имеют следующие права:**

1. **Право на бесплатное оказание медицинской помощи при наступлении страхового случая**

Страховой случай – совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

Застрахованные лица имеют право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;

б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования.

На территории Республики Татарстан бесплатная медицинская помощь по полису обязательного медицинского страхования оказывается в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.   
Перечень медицинских организаций, работающих по ОМС, размещён в разделе ОМС.

1. **Право на выбор страховой медицинской организации**

С 1 января 2011 г. в связи с вступлением в силу Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» лица, подлежащие обязательному медицинскому страхованию, получили право самостоятельно выбирать страховую медицинскую организацию.

Если раньше выбор страховой медицинской организации за работающих граждан осуществлял работодатель, а за неработающих – органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации, то теперь лицо, подлежащее обязательному медицинскому страхованию, независимо от статуса (работающий, неработающий) выбирает страховую медицинскую организацию самостоятельно.

Для этого застрахованное лицо лично или через своего представителя (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - законный представитель) обращается с заявлением о выборе страховой медицинской организации непосредственно в выбранную им страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций или иные организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования.

В день подачи заявления о выборе страховой медицинской организации застрахованному лицу или его представителю выдается полис обязательного медицинского страхования либо временное свидетельство в случаях и в порядке, которые определяются правилами обязательного медицинского страхования.

Застрахованные лица обязаны уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли. В данных случаях осуществляется переоформление полиса.

Если застрахованное лицо не представило заявление о выборе страховой медицинской организации, то оно считается застрахованным той страховой медицинской организацией, в которой было застраховано ранее.

Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме и до достижения им совершеннолетия обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

1. **Право на замену страховой медицинской организации**

Замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - законными представителями), путем обращения с заявлением о замене страховой медицинской организации непосредственно в выбранную им страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций или иные организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования.

Для замены страховой медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - законный представитель) обращается с заявлением о замене страховой медицинской организации в выбранную им страховую медицинскую организацию или иные организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования.

Застрахованные лица имеют право на замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

При отсутствии у застрахованного лица полиса обязательного медицинского страхования единого образца страховая медицинская организация:

- в день получения заявления о замене страховой медицинской организации выдает застрахованному лицу временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса и удостоверяющее право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая;

- выдает застрахованному лицу полис обязательного медицинского страхования в срок, не превышающий срока действия временного свидетельства (до момента получения полиса обязательного медицинского страхования, но не более тридцати рабочих дней с момента его выдачи).

При наличии у застрахованного лица полиса обязательного медицинского страхования единого образца страховая медицинская организация, выбранная застрахованным лицом при осуществлении замены страховой медицинской организации, вносит сведения о страховой медицинской организации в полис в день подачи застрахованным лицом заявления.

Если застрахованное лицо не представило заявление о замене страховой медицинской организации, то оно считается застрахованным той страховой медицинской организацией, в которой было застраховано ранее.

1. **Право на выбор медицинской организации**

В соответствии с Федеральными законами от 29.11.2010 № 326 «[Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации](http://www.fomsrt.ru/zpz/insured_rights/)» и от 21.11.2011 № 323 «[Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации](http://www.fomsrt.ru/zpz/insured_rights/)» при оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Для получения первичной медико-санитарной помощи **гражданин имеет право выбирать медицинскую организацию**, в том числе по территориально-участковому принципу, **не чаще чем 1 раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина)**.

В целях обеспечения права граждан на выбор медицинской организации допускается прикрепление граждан, проживающих либо работающих вне зоны обслуживания медицинской организации, к врачам-терапевтам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан.

Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет:

* на фельдшерском участке - 1300 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
* на терапевтическом участке - 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности, - 1300 человек взрослого населения);
* на участке врача общей практики - 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
* на участке семейного врача - 1500 человек взрослого и детского населения;
* на комплексном участке - 2000 и более человек взрослого и детского населения.

**Порядок выбора гражданином медицинской организации** при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержден [приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н.](http://www.fomsrt.ru/zpz/insured_rights/)

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, которое содержит следующие сведения:

1. наименование и фактический адрес медицинской организации, принявшей заявление;
2. фамилия и инициалы руководителя медицинской организации, принявшей заявление;
3. информация о гражданине:
   * фамилия, имя, отчество (при наличии);
   * пол;
   * дата рождения;
   * место рождения;
   * гражданство;
   * данные предъявляемого документа;
   * место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника);
   * место регистрации;
   * дата регистрации;
   * контактная информация;
4. информация о представителе гражданина:
   * фамилия, имя, отчество (при наличии);
   * отношение к гражданину;
   * данные предъявляемого документа;
   * 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.

**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 «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:
   * 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.

После получения заявления медицинская организация, принявшая заявление, в течение двух рабочих дней направляет письмо посредством почтовой связи, электронной связи о подтверждении информации, указанной в заявлении, в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления.

Медицинская организация, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, в течение двух рабочих дней с момента получения письма из медицинской организации направляет соответствующую информацию письмом посредством почтовой связи, электронной связи в медицинскую организацию, принявшую заявление.

В течение двух рабочих дней после подтверждения медицинской организацией, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, информации, указанной в заявлении, руководитель медицинской организации, принявшей 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.

В течение трех рабочих дней после информирования гражданина о принятии его на медицинское обслуживание медицинская организация, принявшая заявление, направляет в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, и в страховую медицинскую организацию, выбранную гражданином, уведомление о принятии гражданина на медицинское обслуживание.

После получения уведомления медицинская организация, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, в течение трех рабочих дней снимает гражданина с медицинского обслуживания и направляет копию медицинской документации гражданина в медицинскую организацию, принявшую заявление.

**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, выданному лечащим врачом. При выдаче направления лечащий врач обязан проинформировать гражданина о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, в которых возможно оказание медицинской помощи с учетом сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой. На основании этой информации гражданин осуществляет выбор медицинской организации, в которую он должен быть направлен для оказания специализированной медицинской помощи.

Направление на оказание специализированной медицинской помощи, выданное лечащим врачом, должно содержать сведения о наименование медицинской организации (из числа участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в которую направляется гражданин, которому должна быть оказана специализированная медицинская помощь; дате и времени, в которые необходимо обратиться за получением специализированной медицинской помощи с учетом соблюдения сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой.

1. **Право на выбор врача**

В соответствии с Федеральными законами от 29.11.2010 № 326 [«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»](http://www.fomsrt.ru/zpz/insured_rights/) и от 21.11.2011 № 323 «[Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации](http://www.fomsrt.ru/zpz/insured_rights/)» при оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он право в медицинской организации осуществить 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.

Порядок содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012   
№ 407н.

В случае требования пациента о замене лечащего врача (за исключением случаев оказания специализированной медицинской помощи) пациент обращается к руководителю медицинской организации (ее подразделения) с заявлением в письменной форме, в котором указываются причины замены лечащего врача.

В случае требования пациента о замене лечащего врача при оказании специализированной медицинской помощи пациент обращается к руководителю соответствующего подразделения медицинской организации с заявлением в письменной форме, в котором указываются причины замены лечащего врача.

Руководитель медицинской организации (руководитель соответствующего подразделения медицинской организации) в течение трех рабочих дней со дня получения заявления информирует пациента в письменной или устной форме (посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о врачах соответствующей специальности и сроках оказания медицинской помощи указанными врачами. На основании представленной информации пациент осуществляет выбор врача.

Возложение функций лечащего врача на врача соответствующей специальности осуществляется с учетом его согласия.

1. **Право на получение достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи**

Страховые медицинские организации обязаны:

- размещать на собственном официальном сайте в сети «Интернет» и доводить до застрахованных лиц сведения и информацию о своей деятельности, составе учредителей, финансовых результатах деятельности, опыте работы, количестве застрахованных лиц и иную информацию;

- информировать застрахованных лиц о медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Татарстан, о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации, врача, о необходимости обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования и об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- предоставлять информацию застрахованным лицам, задавшим вопрос по электронной почте или на официальный сайт в информационно-коммуникационной сети «Интернет» в режиме "вопрос - ответ";

- ознакомить застрахованных лиц, получающих полис, с правилами обязательного медицинского страхования, базовой программой обязательного медицинского страхования, территориальной программой обязательного медицинского страхования, перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации;

- одновременно с полисом обязательного медицинского страхования предоставить застрахованному лицу информацию о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и контактные телефоны территориального фонда и страховой медицинской организации, выдавшей полис, которая может доводиться до застрахованных лиц в виде памятки.

Медицинские организации обязаны размещать на информационных стендах и на своем официальном сайте в сети «Интернет», а также на информационных стендах в каждом обособленном подразделении медицинской организации информацию об:

- осуществляемой медицинской деятельности;

- видах, условиях предоставления медицинской помощи;

- порядке и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с Программой бесплатного оказания медицинской помощи гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан;

- режиме работы;

- медицинских работниках медицинской организации, об уровне их образования и квалификации;

- видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи;

- правах и обязанностях пациентов.

- о показателях доступности и качества медицинской помощи;

- о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;

- о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно.

1. **Право на защиту персональных данных**

Персональные данные – любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному или определяемому физическому лицу.

При ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществляются сбор, обработка, передача и хранение следующих сведений:

1) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица;

2) медицинская организация, оказавшая соответствующие услуги;

3) виды оказанной медицинской помощи;

4) условия оказания медицинской помощи;

5) сроки оказания медицинской помощи;

6) объемы оказанной медицинской помощи;

7) стоимость оказанной медицинской помощи;

8) диагноз;

9) профиль оказания медицинской помощи;

10) медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу, и примененные лекарственные препараты;

11) примененные медико-экономических стандарты;

12) специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь;

13) результат обращения за медицинской помощью.

1. **Право на возмещение страховой медицинской организацией ущерба**

Основанием для предъявления застрахованным лицом (законным представителем) претензии или иска страховой медицинской организации является нарушение ею прав застрахованного лица, повлекшее причинение ущерба застрахованному лицу, в результате:

1) невыполнения или ненадлежащего выполнения страховой медицинской организацией условий договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования:

- необоснованный отказ в оформлении, переоформлении, выдаче полиса обязательного медицинского страхования, несоблюдение сроков обеспечения полисом обязательного медицинского страхования по вине страховой медицинской организации;

- необоснованный отказ в приеме заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации от застрахованного лица;

- несоблюдение сроков регистрации граждан в качестве застрахованного лица;

- превышение полномочий по сбору, обработке данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, а также ненадлежащее обеспечение их сохранности и конфиденциальности;

- отказ в предоставлении информации либо предоставление недостоверной информации застрахованному лицу по его обращению о видах, качестве и об условиях предоставления ему медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании ему медицинской помощи, о его праве на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованного лица в соответствии с Федеральным законом;

- неуведомление, несоблюдение сроков уведомления застрахованных лиц о намерении расторгнуть договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

- отказ застрахованному лицу в осуществлении по его жалобе либо ненадлежащее осуществление по жалобе застрахованного лица контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи и предоставление отчета о результатах такого контроля;

- неинформирование застрахованных лиц о нарушениях при оказании им медицинской помощи, выявленных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

необоснованный отказ в рассмотрении либо несвоевременное рассмотрение обращений и жалоб граждан, а также отказ в защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

2) невыполнения или ненадлежащего выполнения страховой медицинской организацией условий договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию:

- отказ застрахованному лицу в организации или несвоевременная организация по обращению застрахованного лица оказания медицинской помощи ему в другой медицинской организации в случаях ликвидации медицинской организации, утраты права на осуществление медицинской деятельности, банкротства или иных предусмотренных законодательством Российской Федерации случаев;

3) отказа в заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинской организации, выбранной застрахованным лицом и включенной в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

4) других нарушений, ущемляющих права и законные интересы застрахованных лиц, гарантированные законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

1. **Право на возмещение медицинской организацией ущерба**

Застрахованные лица имеют право на возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи.

Медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи.

Вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Возмещение вреда, причиненного жизни и (или) здоровью граждан, не освобождает медицинских работников и фармацевтических работников от привлечения их к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1. **Право на защиту прав и законных интересов в сфере ОМС**

Осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, рассмотрение обращений и жалоб граждан является обязанностью страховой медицинской организации. Страховая медицинская организация обеспечивает информирование застрахованного о его правах на получение медицинской помощи, проведение экспертизы объемов и качества медицинской помощи по заявлению граждан, представление интересов застрахованного в суде.

Функция контроля за обеспечением интересов и прав застрахованных на получение медицинской помощи возложена на Федеральный и территориальный фонды обязательного медицинского страхования, которые отвечают за подготовку мероприятий по контролю качества оказания медицинской помощи, выполнение договорных обязательств между медицинской организацией и страховой медицинской организацией, организационно-методическую работу и контроль за деятельностью в части выполнения функций защиты прав застрахованных.