«Правила» представлены в соответствии с:

* + - [Федеральным Законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»](http://2.u0146813.z8.ru/wp-content/uploads/2017/05/323-fz_ob_osnovakh_okhrany_zdorovja_grazhdan.pdf)
		- [Законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ  «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»](http://2.u0146813.z8.ru/wp-content/uploads/2017/06/326.pdf)
		- [Законом Санкт-Петербурга от 19.12.2018г. «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов](http://dp71.spb.ru/wp-content/uploads/2019/01/zakon_spb_ot_19.12.2018_no_779-168_-_o_territorialnoy_programme_gosud.garantiy_na_2019_god.pdf)

[Приказ главного врача № 120-0 Об определении порядка внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан](http://dp71.spb.ru/wp-content/uploads/2019/06/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7-%D0%B3%D0%BB%D0%B0%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE-%D0%B2%D1%80%D0%B0%D1%87%D0%B0-%E2%84%96-120-0-%D0%9E%D0%B1-%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B8-%D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%8F%D0%B4%D0%BA%D0%B0-%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%BE%D1%87%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE-%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F-%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B9-%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D1%89%D0%B8-%D0%BE%D1%82%D0%B4%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%BC-%D0%BA%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%8F%D0%BC-%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%B6%D0%B4%D0%B0%D0%BD.pdf)

* **Права и обязанности застрахованных лиц**
* Статья 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
1. Застрахованные лица имеют право на:
1) 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;2) выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;2) 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 в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;3) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации;4) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации;*\*\*Примечание:*
Однако, законодательство дает право, выбранному вами врачу, не согласиться с прикреплением к нему дополнительных пациентов.5) получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;6) защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;7) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;8) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

9) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

**2. Застрахованные лица обязаны:**
1) предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;

2) подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;

3) уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;

4) осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

3. 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.

4. Выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия — его родителями или другими законными представителями), путем обращения в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом на его официальном сайте в сети Интернет и может дополнительно опубликовываться иными способами.

5. Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя обращается в выбранную им страховую медицинскую организацию с заявлением о выборе (замене) этой страховой медицинской организации. На основании указанного заявления застрахованному лицу или его представителю страховой медицинской организацией выдается полис обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования. Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным той страховой медицинской организацией, которой он был застрахован ранее, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 4 части 2 настоящей статьи.

6. Сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов обязательного медицинского страхования, ежемесячно до 10-го числа направляются территориальным фондом в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них для заключения договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Соотношение работающих граждан и неработающих граждан, не обратившихся в страховую медицинскую организацию, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным.

7. Страховые медицинские организации, указанные в части 6 настоящей статьи:
1) в течение трех рабочих дней с момента получения сведений из территориального фонда информируют застрахованное лицо в письменной форме о факте страхования и необходимости получения полиса обязательного медицинского страхования;
2) обеспечивают выдачу застрахованному лицу полиса обязательного медицинского страхования в порядке, установленном статьей 46 настоящего Федерального закона;
3) предоставляют застрахованному лицу информацию о его правах и обязанностях.

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-педиатра участкового, врача общей практики путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя главного врача поликлиники. Лечащим врачом, то есть врачом, оказывающим медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в СПб ГБУЗ «ДГП №71», является участковый врач-педиатр, врач общей практики.

Консультативная помощь оказывается  врачами-специалистами. В районных структурных подразделениях и в Ж/К №7 медико-санитарная помощь оказывается врачами, имеющими соответствующую профессиональную подготовку.

Режим работы ДГП №71, П/О №26, Ж/К №7 , а также всех структурных подразделений представлен  в соответствующих разделах