



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Карла Маркса, 29, Иркутск, 664003
тел./факс (3952) 24-05-86.
e-mail: guzio@guzio.ru

13.12.2015 № 54-35-16040/5
на № _____ от _____

Главным врачам областных
государственных учреждений
здравоохранения

Об оплате проезда к месту лечения
и обратно

Уважаемые коллеги!

С 1 января 2016 года вступает в силу приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 6 ноября 2015 года № 117-мпр «Об организации предоставления мер социальной поддержки отдельным категориям граждан в виде оплаты проезда в связи с диагностикой и (или) лечением в Иркутской области».

Прошу ознакомиться, довести до сведения сотрудников, своевременно информировать граждан, имеющих право на оплату проезда к месту лечения и обратно.

I. Согласно указанному приказу право на предоставление меры социальной поддержки в виде оплаты проезда в связи с **диагностикой и (или) лечением** в Иркутской области в соответствии с законодательством имеют граждане Российской Федерации, **постоянно проживающие или преимущественно пребывающие на территории Иркутской области:**

- а) больные туберкулезом, **НЕ ИНВАЛИДЫ;**
- б) беременные женщины и родильницы, **НЕ ИНВАЛИДЫ;**
- в) больные, страдающие онкологическими заболеваниями, **НЕ ИНВАЛИДЫ.**

Обеспечение бесплатного проезда детей-инвалидов и сопровождающих их лиц, инвалидов и сопровождающих лиц инвалидов I группы организуется министерством социального развития, опеки и попечительства Иркутской области.

К мерам социальной поддержки относятся:

- а) для **больных туберкулезом:**
оплата проезда на диагностику и (или) лечение в областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «**Иркутская областная клиническая туберкулезная больница**» и обратно к месту постоянного или преимущественного проживания на территории Иркутской области;

оплата проезда на диагностику и (или) лечение в государственное бюджетное учреждение здравоохранения «**Областная детская**

туберкулезная больница» и обратно к месту постоянного или преимущественного проживания на территории Иркутской области;

оплата проезда в **противотуберкулезные санаторно-курортные организации** Российской Федерации и обратно к месту постоянного или преимущественного проживания на территории Иркутской области;

б) для **беременных женщин и родильниц** – оплата проезда на диагностику и (или) лечение в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения **Иркутскую орден «Знак Почета» областную клиническую больницу** и обратно к месту постоянного или преимущественного проживания на территории Иркутской области;

в) для **больных, страдающих онкологическими заболеваниями** - оплата проезда на диагностику и (или) лечение в государственные бюджетные учреждения здравоохранения **«Областной онкологический диспансер», Иркутскую государственную областную детскую клиническую больницу**, и обратно к месту постоянного или преимущественного проживания на территории Иркутской области.

В случае проезда несовершеннолетнего ребенка на диагностику и (или) лечение осуществляется оплата проезда сопровождающему лицу.

II. Оплата проезда к месту диагностики и (или) лечения и обратно к месту постоянного или преимущественного проживания на территории Иркутской области осуществляется в размере расходов, подтвержденных проездными документами, но не выше стоимости проезда по следующим категориям:

а) железнодорожным транспортом – в плацкартном вагоне поезда, в том числе скорого (беременных женщин и родильниц - в четырехместных купе);

б) воздушным транспортом (при отсутствии прямого железнодорожного сообщения) – в салоне экономического класса.

III. Заявление (прилагается) о предоставлении меры социальной поддержки представляется **не позднее 90 календарных дней** с указанной в проездных документах (билетах) даты прибытия гражданина к месту постоянного или преимущественного проживания на территории Иркутской области, но не позже 20 декабря текущего года.

К заявлению о предоставлении меры социальной поддержки прилагаются следующие документы:

а) копия паспорта, свидетельства о рождении или иного документа, удостоверяющего личность гражданина;

б) копии документов, удостоверяющих личность и подтверждающих полномочия законного представителя гражданина, - в случае обращения с заявлением законного представителя гражданина;

в) документы о регистрации по месту жительства или по месту пребывания в Иркутской области, в случае их отсутствия – решение суда об установлении факта постоянного или преимущественного проживания в Иркутской области;

г) нотариально заверенное согласие законного представителя на сопровождение ребенка к месту диагностики и (или) лечения – в случае сопровождения ребенка к месту диагностики и (или) лечения лицом, не являющимся законным представителем ребенка;

д) **оригиналы** проездных документов (посадочных талонов), подтверждающих проезд гражданина и сопровождающего его лица (в случае сопровождения ребенка лицом, указанным в подпункте «г» настоящего пункта) к месту диагностики и (или) лечения и обратно к месту постоянного или преимущественного проживания на территории Иркутской области, выданных юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими реализацию проездных документов (посадочных талонов);

е) справка о стоимости проезда в плацкартном вагоне пассажирского поезда на дату проезда по данному маршруту, выданного юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими реализацию проездных документов - в случае осуществления проезда транспортом более высокой категории стоимости;

ж) **направление**, выданное лечащим врачом по месту прикрепления гражданина;

з) **решение врачебной комиссии** медицинской организации, подведомственной министерству здравоохранения Иркутской области, (далее – медицинская организация) **о необходимости проведения диагностики в медицинских организациях**, указанных в пункте 5 настоящего Положения.

Решение врачебной комиссии медицинской организации о необходимости проведения диагностики в медицинских организациях, указанных в пункте 5 настоящего Положения, должно содержать:

сведения о диагнозе с указанием кода международной классификации болезней пересмотра, действующего на момент обращения гражданина в уполномоченный орган;

сведения о лабораторных и инструментальных обследованиях, проведенных в условиях медицинской организации;

сведения о заочном (дистанционном) консультировании гражданина в медицинских организациях, указанных в пункте 5 настоящего Положения, с обоснованием необходимости проведения диагностики в условиях медицинских организаций, указанных в пункте 5 настоящего Положения;

и) копия справки о проведении диагностики или выписного эпикриза из карты стационарного больного из медицинских организаций, поименованных в пункте 5 настоящего Положения, за исключением граждан, проходивших лечение в противотуберкулезных санаторно-курортных организациях;

к) копия отрывного (обратного) талона путевки на санаторно-курортное лечение или выписной эпикриз – в случае лечения в противотуберкулезной санаторно-курортной организации;

л) **выписка финансово-кредитной организации о реквизитах счета, открытого на имя гражданина, для рублевых зачислений.**

По вопросам, связанным с проездом, обращаться в министерство здравоохранения Иркутской области по следующим телефонам:

- больные туберкулезом, взрослые – 265-128;
- больные туберкулезом и онкологические больные, дети – 265-122;
- онкологические больные, взрослые – 265-127;
- беременные женщины и родильницы – 265-127, 265-121.

Приложение: 1 лист.

Заместитель министра

Е.С. Голенецкая



Лысанова, (3952) 265-128



Приложение 1
к Положению об организации
предоставления мер социальной
поддержки отдельным
категориям граждан в виде
оплаты проезда в связи с
диагностикой и/или лечением в
Иркутской области

Министру здравоохранения
Иркутской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Прошу возместить мне расходы, подтвержденные приложенными проездными документами (посадочными талонами), на оплату проезда в связи с диагностикой и (или) лечением.

О себе сообщаю следующие сведения:

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____
2. Дата рождения: _____
3. Адрес проживания: _____
- Контактный телефон: _____
5. Наличие инвалидности: ДА / НЕТ (нужное подчеркнуть)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Даю согласие в министерство здравоохранения Иркутской области на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью предоставления меры социальной поддержки.

Средства на возмещение расходов прошу перечислить на рублевый счет, открытый на мое имя (выписка финансово-кредитной организации и реквизитах счета прилагается).

Приложение:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

Дата _____

Подпись _____