

Министерство здравоохранения Хабаровского края
Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
"ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №3"
(КГБУЗ "Городская больница №3")

ПРИКАЗ

09.01.2018 № 34
г. Комсомольск-на-Амуре

Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 26 апреля 2012 г. N 406н г. Москва "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи"

ПРИКАЗЫВАЮ:

УТВЕРДИТЬ:

1. Порядок выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (приложение №1).
2. Инструкцию о порядке действий сотрудников по прикреплению пациентов на обслуживание в КГБУЗ «Городская больница №3» (приложение №2).
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возлагаю на заместителя главного врача по поликлинической работе Шиньян М.Ф.

Главный врач



Т.В. Руденко

Порядок
выбора гражданином медицинской организации при оказании ему
медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

1. Настоящий Порядок регулирует отношения, связанные с выбором гражданином медицинской организации для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в пределах территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин.
2. Действие настоящего Порядка не распространяется на отношения по выбору медицинской организации при оказании медицинской помощи военнослужащим и лицам, приравненным по медицинскому обеспечению к военнослужащим, гражданам, проходящим альтернативную гражданскую службу, гражданам, подлежащим призыву на военную службу или направляемым на альтернативную гражданскую службу, и гражданам, поступающим на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, а также задержанным, заключенным под стражу, отбывающим наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста.
3. Выбор или замена медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, осуществляется гражданином, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями) (далее - гражданин), путем обращения в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь.
4. Для выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им медицинскую организацию (далее - медицинская организация, принявшая заявление) с письменным заявлением о выборе медицинской организации (далее - заявление), которое содержит следующие сведения:
 - а наименование и фактический адрес медицинской организации, принявшей заявление;
 - б фамилия и инициалы руководителя медицинской организации, принявшей заявление;
 - в информация о гражданине:
 - фамилия, имя, отчество (при наличии);
 - пол;
 - дата рождения;
 - место рождения;
 - гражданство;

- данные документа, предъявляемого согласно пункту 5 настоящего Порядка;
 - место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника);
 - место регистрации;
 - дата регистрации;
 - контактная информация;
- г информация о представителе гражданина (в том числе законном представителе):
- фамилия, имя, отчество (при наличии);
 - отношение к гражданину;
 - данные документа, предъявляемого согласно пункту 5 настоящего Порядка;
 - контактная информация;
- д номер полиса обязательного медицинского страхования гражданина;
- е наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином;
- ж наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления.

5. При подаче заявления предъявляются оригиналы следующих документов:
- а 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;
- б 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;
- в 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;
- г 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;
- д 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;
- е 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;
- ж 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;
- з для представителя гражданина, в том числе законного:
- документ, удостоверяющий личность и документ, подтверждающий полномочия представителя;
- и в случае изменения места жительства - документ, подтверждающий факт изменения места жительства.

6. 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, 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.
7. 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.
8. Медицинская организация, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, в течение двух рабочих дней с момента получения письма, указанного в пункте 7 настоящего Порядка, направляет соответствующую информацию письмом посредством почтовой связи, электронной связи в медицинскую организацию, принявшую заявление.
9. 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.

10. 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.
11. После получения уведомления, указанного в пункте 10 настоящего Порядка, 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.
12. Выбор медицинской организации при оказании скорой медицинской помощи осуществляется гражданином с учетом соблюдения установленных сроков оказания скорой медицинской помощи.
13. Выбор медицинской организации при оказании специализированной медицинской помощи в плановой форме осуществляется по направлению на оказание специализированной медицинской помощи (далее - направление), выданному лечащим врачом, которое содержит следующие сведения:
 - наименование медицинской организации (из числа участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа), в которую направляется гражданин, которому должна быть оказана специализированная медицинская помощь;
 - дата и время, в которые необходимо обратиться за получением специализированной медицинской помощи с учетом соблюдения сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой.
14. При выдаче направления лечащий врач обязан проинформировать гражданина о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание медицинской помощи с учетом сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой.
15. На основании информации, указанной в пункте 14 настоящего Порядка, гражданин осуществляет выбор медицинской организации, в которую он должен быть направлен для оказания специализированной медицинской помощи.
16. В случае если гражданин выбирает медицинскую организацию, в которой срок ожидания специализированной медицинской помощи превышает срок ожидания медицинской помощи, установленный территориальной программой, лечащим врачом делается соответствующая отметка в медицинской документации.

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач
КГБУЗ «Городская больница № 3»
_____ Т.В. Руденко
«___» _____ 20__ г.

Порядок действий сотрудников по прикреплению пациентов на обслуживание в КГБУЗ «Городская больница № 3»

1. Для выбора медицинской организации гражданин лично или через своего представителя обращается в медицинскую организацию с **письменным заявлением о выборе. Прикрепление без заявления является нарушением закона.**

2. Оказание экстренной или не отложной помощи не является основанием для прикрепления к МО.

3. Принимая заявление на прикрепление, сотрудник обязан проверить:

- документы, удостоверяющие личность
- адрес регистрации по месту жительства;
- адрес места пребывания.
- если пациент проживает по адресу, отличающемуся от адреса в регистре застрахованных лиц, или данные документа, удостоверяющего личность, не соответствует данным в регистре застрахованных, отсутствует СНИЛС, необходимо напомнить пациенту о его обязанности (по закону) обратиться в страховую медицинскую организацию для актуализации персональных данных;
- **если адрес проживания совпадает с данными в регистре застрахованных лиц, но территория проживания не относится к обслуживаемой медицинской организацией, пациенту необходимо объяснить, что хотя он и имеет право на выбор любой медицинской организации один раз в календарном году, но участковый врач не сможет посетить его на дому.**

4. В регистре застрахованных отсутствует механизм открепления, поэтому не нужно отправлять пациентов в медицинскую организацию его предыдущего прикрепления за талонами открепления.

5. При прикреплении пациента в текущем календарном году первый раз, причину прикрепления необходимо указывать «Выбор/замена МО». **В других случаях (это разрешается законом только при смене места жительства, при этом новый адрес проживания должен быть зафиксирован в регистре застрахованных лиц, т.е. пациенту**



необходимо обратиться в страховую медицинскую организацию для актуализации сведений) причина прикрепления указывается «Замена МО при смене места жительства».

6. Заявка на отмену прикрепления в Фонд обязательного медицинского страхования по причине «ошибочное» прикрепление оформляется только в случаях:

- реальной ошибки специалиста медицинской организации при отметке факта прикрепления в регистре застрахованных лиц и ошибка была обнаружена в день прикрепления.

- при возникновении жизненно важных обстоятельств (например, необходимость получения лекарственных средств в другой МО).

7. В случаях выбытия пациентов в другие регионы РФ:

- если пациент поменял регион страхования, т.е. выбрал СМО на другой территории, то открепление от вашей МО произойдет автоматически без вашего участия.

Главному врачу
КГБУЗ «Городская больница №3»
Татьяна Васильевна Руденко

от _____

ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации

Я _____

фамилия, имя, отчество

Дата рождения « ____ » _____ г.

пол: мужской / женский
нужное подчеркнуть

СНИЛС: _____

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к поликлинике № _____ КГБУЗ «Городская больница №3» министерства здравоохранения Хабаровского края.

Страховой медицинский полис (временное свидетельство)		№	
выдан страховой медицинской организацией			
			« ____ » _____ года
Домашний адрес			
		по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации (нужное подчеркнуть)	
Место регистрации:		дата регистрации	
Прикреплён к медицинской организации			(наименование)
Не прикреплён к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплён к медицинской организации)			
Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность)			
серия		№	выдан
Дата выдачи			

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учётом территориальной доступности ознакомлен.

« ____ » _____ г.

_____ Личная подпись

_____ расшифровка подписи

Дата и время регистрации заявления: « ____ » _____ : _____

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с «_____» _____ г. Участок № _____

Врач: _____

Отказать в прикреплении в связи с: _____

Главный врач

Руденко

Т.В.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки.

« _____ »

г. Получил копию заявления _____

подпись, Ф.И.О.

Главному врачу
КГБУЗ «Городская больница №3»
Татьяна Васильевна Руденко

от _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации

(заполняется лично заявителем или его законным представителем)

Информация о гражданине

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком "V")

Дата рождения: « _____ » _____ г.

Место рождения: _____

Гражданство: _____

Полис ОМС: серия _____ номер _____

Страховая медицинская организация _____

Страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС) (при наличии) _____

Документ, удостоверяющий личность вид документа _____

серия _____ номер _____ дата выдачи _____

кем выдан _____

Адрес фактического проживания _____

Адрес постоянной регистрации _____

Дата регистрации _____

Телефон _____ e-mail _____

Сведения о представителе

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении: _____
мать отец иное

Документ и его реквизиты, подтверждающий полномочия законного представителя:

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____

Телефон _____ e-mail _____

Прошу прикрепить гражданина, представителем которого я являюсь к детской поликлинике КГБУЗ «Городская больница №3» министерства здравоохранения Хабаровского края для получения в рамках территориальной программы ОМС амбулаторно-поликлинической медицинской помощи порядок, условия и критерии

доступности которой определены программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи на текущий год.

Наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления

Осознаю, что представляемый будет откреплён (а) от медицинской организации

(наименование МО)

в которой ранее получал(а) медицинскую помощь.

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учётом территориальной доступности ознакомлен.

« ____ » _____ г.

Личная подпись

расшифровка подписи

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с « ____ » _____ г.

Участок № _____

Врач: _____

Отказать в прикреплении в связи с: _____

Главный врач
Руденко

Т.В.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки.

« ____ » _____ г.

Получил копию заявления _____

подпись, Ф.И.О.

**Лист ознакомления с Порядком действий сотрудников по прикреплению
пациентов на обслуживание в КГБУЗ «Городская больница № 3»**

ФИО	Дата ознакомления	Подпись
Береза Светлана Владимировна		
Карагузова Татьяна Валентиновна		
Григорьева Ольга Ивановна		
Давыдова Ольга Ивановна		
Крайдер Анастасия Юрьевна		
Повереннова Людмила Николаевна		
Попсуйко Елена Анатольевна		
Серебrenникова Ксения Сергеевна		
Мизюк Елена Алексеевна		
Руденко Елена Владимировна		
Польнько Наталья Ивановна		
Шалабода Светлана Валентиновна		