



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

26.07.2012г.

№ 823-П.

г. Екатеринбург

О сведениях, передаваемых медицинскими организациями при выборе гражданином медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи

В целях исполнения приказа Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 г. № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», унификации сведений, поступающих от медицинских организаций в страховые медицинские организации при выборе гражданином медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи, постоянной актуализации регионального сегмента единого регистра застрахованных, упорядочения процесса прикрепления граждан, застрахованных на территории Свердловской области, к медицинским организациям Свердловской области

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1) форму заявления 1 «Заявление гражданина о выборе медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи» и форму заявления 2 «Заявление законного представителя гражданина о выборе медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи» (Приложение № 1);

2) перечень сведений, содержащихся в уведомлении, передаваемом медицинской организацией в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи им заявления о выборе иной медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи (Приложение № 2);

2. Главным врачам государственных учреждений здравоохранения Свердловской области, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, проживающих в Свердловской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, имеющих прикрепленное население:

1) принять к исполнению положения приказа Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 г. № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской

организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»;

2) при обращении гражданина в медицинское учреждение с целью реализации права выбора медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи обеспечить заполнение гражданином форм заявлений согласно Приложению № 1 к настоящему приказу;

3) при передаче в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи им заявления о выборе иной медицинской организации, уведомления о принятии гражданина на медицинское обслуживание формировать сведения о гражданине согласно Приложению № 2 к настоящему приказу (уведомление оформлять на официальном бланке медицинской организации, с подписью руководителя и печатью медицинской организации);

4) сведения в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи им заявления о выборе иной медицинской организации, передавать в виде сканированной копии оригинала уведомления, сформированного согласно Приложению № 2 к настоящему приказу, и в электронном виде (формат Excel), с использованием средств VipNet. Передачу осуществлять по мере поступления заявлений от граждан, в сроки, установленные п. 10 приказа Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 г. № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»;

5) в случае, если на дату утверждения настоящего приказа в медицинской организации уже имеются заявления граждан о выборе ими медицинской организации, поданные с 01.01.2011 г., и принято решение о прикреплении данных граждан к медицинской организации, в течение 10 дней после даты утверждения настоящего приказа направить уведомления в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию, в которой гражданин находился на медицинском обслуживании на момент подачи им заявления о выборе иной медицинской организации, согласно подпунктам 2 и 3 пункта 2 настоящего приказа.

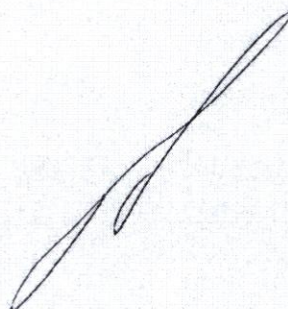
3. Рекомендовать начальнику управления здравоохранения администрации города Екатеринбурга А.А. Дорнбушу организовать исполнение муниципальными учреждениями здравоохранения города Екатеринбурга положений приказа Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 г. № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» и соблюдение требований к оформлению заявлений граждан и их законных представителей и уведомлений о принятии гражданина на медицинское обслуживание, изложенных в подпунктах 2-5 пункта 2 настоящего приказа.

4. Рекомендовать медицинским организациям иной формы собственности и ведомственной принадлежности помимо указанных в пунктах 2 и 3 настоящего приказа, участвующим в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, проживающих в Свердловской области, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, имеющим прикрепленное население, соблюдать требования к оформлению заявлений

граждан и их законных представителей и уведомлений о принятии гражданина на медицинское обслуживание, изложенные в подпунктах 2-5 пункта 2 настоящего приказа.

5. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Свердловской области Медведскую Д.Р.

Министр здравоохранения
Свердловской области

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke, positioned between the text of the minister and the name.

А.Р. Белявский

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 26.07.2012г. № 823-п.

Форма заявления 1

Главному врачу (руководителю)

(наименование медицинской организации)

(адрес медицинской организации)

от _____

(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол – М/Ж)

подтверждаю выбор _____,
(полное наименование медицинской организации)

а также участкового врача _____
(Ф.И.О. врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики – нужное подчеркнуть)

Полис ОМС: № _____
(1 - полис старого образца, 2 - временное свидетельство, 3 - полис единого образца – нужное подчеркнуть)
выдан страховой медицинской организацией

(название страховой медицинской организации)
" ____ " _____ г.
(дата выдачи полиса)

Гражданство _____

Место рождения _____

Место жительства _____
(адрес проживания по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания
без регистрации - нужное подчеркнуть)

Место и дата регистрации (если имеется) _____

Находится на обслуживании в медицинской организации _____

(название медицинской организации),
расположенной по адресу _____
(адрес медицинской организации)

Не находится на обслуживании в медицинской организации (подчеркнуть, если не находится на обслуживании в медицинской организации).

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) _____ :

серия _____ № _____, выдан " _____ " _____ г.

(название органа, выдавшего документ)

Контактный телефон _____

Личная подпись _____

" _____ " _____ 20 _____ г.

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Зарегистрировать с " _____ " _____ 20 _____ г.

Отказать в регистрации в связи _____

(подпись) (ФИО главного врача)

" _____ " _____ 20 _____ г.

М.П.

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

" _____ " _____ 20 _____ г.

Получил копию заявления _____ (подпись) _____ (ФИО)

Форма заявления 2

Главному врачу (руководителю)

(наименование медицинской организации)

(адрес медицинской организации)

от _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации

Я, _____, прошу зарегистрировать
(фамилия, имя, отчество)

гражданина _____,
(фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол – М/Ж)

законным представителем которого я являюсь: _____

(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность; в) попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право законного представителя)

В _____,
(полное наименование медицинской организации)

участковый врач _____
(Ф.И.О. врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики – нужное подчеркнуть)

Полис ОМС: № _____
(1 - полис старого образца, 2 - временное свидетельство, 3 - полис единого образца – нужное подчеркнуть)
выдан страховой медицинской организацией

(название страховой медицинской организации)
" ____ " _____ г.
(дата выдачи полиса)

Гражданство _____

Место рождения _____

Место жительства _____
(адрес проживания по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации - нужное подчеркнуть)

Место и дата регистрации (если имеется) _____

Находится на обслуживании в медицинской организации _____
(название медицинской организации),

расположенной по адресу _____
(адрес медицинской организации)

Не находится на обслуживании в медицинской организации (подчеркнуть, если не находится на обслуживании в медицинской организации).

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) _____ :

серия _____ № _____, выдан « _____ » _____ г.

(название органа, выдавшего документ)

Личная подпись представителя _____
" _____ " _____ 20 _____ г.

Контактный телефон представителя _____

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Зарегистрировать с « _____ » _____ 20 _____ г.

Отказать в регистрации в связи _____

(подпись) (ФИО главного врача)

« _____ » _____ 20 _____ г.

М.П.

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

« _____ » _____ 20 _____ г.

Получил копию заявления _____ (подпись) _____ (ФИО)

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 26.07.2012 № 223-П

Перечень сведений, содержащихся в уведомлении, передаваемом медицинской организацией в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи им заявления о выборе иной медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи

№ п/п	Наименование реквизита	Формат данных	примечания
1	Тип прикрепления	Числовой	=1 – прикрепление к МО, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь
2	Код медицинской организации (прикрепившей застрахованного гражданина)	Числовой	Указывается код медицинской организации по справочнику ТФОМС Свердловской области
3	Код отделения ОВП	Числовой	Указывается код отделения ОВП по справочнику ТФОМС Свердловской области
4	Код типа документа, подтверждающего факт страхования в ОМС	Числовой	=1 – полис ОМС старого образца; =2 – временное свидетельство; =3 – полис ОМС единого образца
5	Номер документа, подтверждающего факт страхования в ОМС	Числовой	
6	Фамилия	Текстовый	
7	Имя	Текстовый	
8	Отчество	Текстовый	
9	Дата рождения	Дата	
10	Дата заявления о прикреплении к медицинской организации	Дата	В соответствии с датой, указанной в заявлении гражданина
11	Дата прикрепления к медицинской организации	Дата	В соответствии с датой принятия решения о прикреплении гражданина к медицинской организации
12	Код страховой медицинской организации	Числовой	Код СМО по справочнику ТФОМС Свердловской области