



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЕРМСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

06.04.2012

№ СЭД-34-01-06-156

Об утверждении Порядка выбора гражданами медицинской организации и врача для получения первичной медико-санитарной помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в амбулаторных условиях

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемый Порядок выбора гражданами медицинской организации и врача для получения первичной медико-санитарной помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в амбулаторных-поликлинических условиях.

2. Считать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Пермского края от 21.09.2011 года № СЭД-34-01-06-346 «Об утверждении Порядка прикрепления населения к медицинским организациям для получения амбулаторно-поликлинической помощи».

3. Настоящий Приказ вступает в силу через 10 дней после дня его официального опубликования.

4. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на заместителя министра, начальника управления по организации медицинской помощи и лекарственному обеспечению Министерства здравоохранения Пермского края Рожнева Е.В.

И.о.министра

Д.В.Тришкин

**Порядок
выбора гражданином медицинской организации и врача для получения
первичной медико-санитарной помощи в рамках Программы
государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской
помощи в амбулаторно-поликлинических условиях**

1. Настоящий Порядок выбора гражданином медицинской организации и врача для получения первичной медико-санитарной помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях (далее - Порядок) разработан в целях обеспечения реализации на территории Пермского края права гражданина на выбор медицинской организации, а также на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача).

2. Для получения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях гражданин, застрахованный по обязательному медицинскому страхованию (далее - застрахованное лицо), может выбрать медицинскую организацию (далее - МО), включенную в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Пермского края оказывающей медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, в том числе по территориально-участковому принципу по специальностям: терапия, педиатрия, общая врачебная (семейная) практика (далее - прикрепление). По специальности стоматология прикрепления к МО не требуется.

3. МО прикрепляет застрахованное лицо при условии возможности оказания медицинской помощи по участковому принципу, в том числе обеспечения данной МО обслуживания застрахованного лица на дому.

4. Застрахованные лица женского пола наряду с выбором МО, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях по территориально-участковому принципу, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 02.10.2009 № 808н «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» осуществляет свой выбор МО, оказывающей акушерско-гинекологическую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях по территориально-участковому принципу, в соответствии с настоящим Порядком.

5. Прикрепление застрахованного лица к МО осуществляется не чаще, чем один раз в календарный год, за исключением случаев изменения места жительства (регистрации) или места пребывания застрахованного лица, при прекращении деятельности МО (реорганизации в форме присоединения, ликвидации); при

достижении застрахованным лицом возраста 18 лет, ранее прикрепленного к МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детскому населению по территориально-участковому принципу.

5.1. Прикрепление осуществляется на основании заявления застрахованного лица по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку, поданного на имя руководителя МО.

5.2. Прикрепление к медицинской организации ребенка в возрасте до 18 лет включительно осуществляется на основании заявления по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку, поданного на имя руководителя МО одним из родителей или законным представителем ребенка.

5.3. Прикрепление к МО лица, признанного в соответствии с законодательством Российской Федерации недееспособным, осуществляется на основании заявления по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку, поданного на имя руководителя МО законным представителем указанного лица.

5.4. Прикрепление застрахованных лиц, достигших возраста 18 лет, ранее прикрепленных к МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детскому населению в амбулаторно-поликлинических условиях по территориально-участковому принципу, и не осуществивших выбор МО на основании заявления по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку, осуществляется к МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь взрослому населению в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, по месту жительства (регистрации) автоматически. Далее застрахованное лицо имеет право выбора МО согласно приложению 1 настоящего Порядка.

6. В выбранной МО застрахованное лицо осуществляет выбор не чаще, чем один раз в год (за исключением случаев замены МО, смены места жительства) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) с учётом согласия врача, путём подачи заявления лично или через своего законного представителя на имя руководителя МО по форме, согласно приложению 1 или приложению 2 к настоящему Порядку.

7. При отсутствии в заявлении о выборе МО сведений о выборе врача либо отсутствии такого заявления, застрахованное лицо прикрепляется к врачу МО без учета мнения застрахованного лица.

8. Прикрепление застрахованного лица к МО производится в день обращения (подачи заявления) застрахованного лица в МО путем внесения сотрудниками МО данных в единый регистр прикрепленного населения. С момента прикрепления застрахованного лица к другой МО, застрахованное лицо автоматически открепляется от МО, к которой было прикреплено ранее.

9. МО по заявлению застрахованного лица беспрепятственно прикрепляет застрахованное лицо, чье место жительства находится на территории обслуживания данной МО, при условии установленной зоны обслуживания населения органами управления здравоохранения муниципальных районов (городских округов).

Распределение застрахованных лиц, прикрепившихся к МО, по врачебным участкам (терапевтическим, педиатрическим, общей и семейной практики) осуществляется руководителем МО с учетом выбора застрахованными лицами врача, в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения её доступности и соблюдения иных прав граждан.

10. МО вправе отказать застрахованному лицу в прикреплении (в сохранении прикреплении, предусмотренного пунктом 13 настоящего Порядка) в случае, если место жительства застрахованного лица находится вне территории обслуживания МО.

11. Застрахованное лицо может быть прикреплено только к одной МО.

12. При отсутствии заявления, указанного в пункте 5 настоящего Порядка, застрахованное лицо, чье место жительства (регистрации) находится на территории обслуживания МО, считается прикрепленным к данной МО.

13. При изменении места жительства (регистрации) застрахованное лицо имеет право прикрепиться к другой МО по новому месту жительства (регистрации) в соответствии с пунктом 5 настоящего Порядка либо сохранить прикрепление к прежней МО с соблюдением требований пункта 3 настоящего Порядка.

14. МО обязана вести персонифицированный учет движения застрахованных лиц, прикрепившихся к МО в порядке, установленном Министерством здравоохранения Пермского края. Для ведения персонифицированного учета используется региональная информационно-аналитическая медицинская система «ПроМед».

Ведение единого регистра прикреплённого населения обеспечивает ГКУЗ Пермского края «Пермский краевой медицинский информационно-аналитический центр»

15. Заявления, указанные в пункте 3 настоящего Порядка, хранятся в МО в течение всего времени прикреплении и не менее трёх лет со дня открепления. Хранение заявлений обеспечивается в порядке, установленном МО, обеспечивающем их сохранность от повреждений и защиту содержащихся в них персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

16. В случае, если МО-фондодержатель не предполагает осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Пермского края в очередном году как МО-фондодержатель, МО обязана в письменной форме известить об этом Министерство здравоохранения Пермского края в срок до 01 сентября текущего года и застрахованных лиц, прикреплённых к ней до 10 сентября текущего года согласно Приложения 3 к настоящему Порядку.

17. В случае прекращения деятельности МО в сфере обязательного медицинского страхования на территории Пермского края с 01 января очередного года, застрахованные лица будут прикреплены к МО по месту жительства (регистрации) автоматически. Далее застрахованное лицо имеет право выбора МО согласно приложения 1 настоящего Порядка.

18. В случае желая застрахованного лица прикрепиться к другой МО свой выбор он может осуществить с 01 января текущего года.

19. В случае прекращения деятельности МО в сфере обязательного медицинского страхования на территории Пермского края (исключение из Реестра МО, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Пермского края) зоны обслуживания населения, ранее прикрепленного к МО, прекратившей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, устанавливаются органами управления здравоохранением муниципальных районов (городских округов)

20. В случае автоматического прикрепления застрахованного лица, прикрепление считается условным. В этом случае застрахованный может выбрать МО путём подачи заявления по форме согласно Приложению 1 к настоящему Порядку.

Приложение 1
к Порядку выбора гражданином
медицинской организации и врача
для получения первичной медико-санитарной помощи
в рамках Программы государственных
гарантий бесплатного оказания
гражданам медицинской помощи
в амбулаторно-поликлинических условиях

ФОРМА

Главному врачу (руководителю)

(наименование медицинской организации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации (врача)

Я, _____,
(Ф.И.О.)
проживающий(-ая) по адресу: _____,

(адрес постоянного места жительства)
застрахованный(-ая) по обязательному медицинскому страхованию в _____,

(наименование страховой медицинской организации)
полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство,
подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского страхования)
_____ выдан _____,
(серия, номер) (дата выдачи)
настоящим подтверждаю выбор _____,
(наименование медицинской организации)
а также участкового врача _____
(Ф.И.О. врача-терапевта участкового,

врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача)
для получения первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу.

Дата _____

(подпись)

Приложение 2
к Порядку выбора гражданином
медицинской организации и врача
для получения первичной медико-санитарной помощи
в рамках Программы государственных
гарантий бесплатного оказания
гражданам медицинской помощи
в амбулаторно-поликлинических условиях

ФОРМА

Главному врачу (руководителю)

(наименование медицинской организации)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации (врача)

Я, _____,
(Ф.И.О.)
являясь родителем (законным представителем _____
(Ф.И.О. ребенка, гражданина,

_____)
признанного недееспособным)

_____)
(реквизиты свидетельства о рождении/реквизиты документа, удостоверяющего

_____)
право законного представительства)
проживающий(-ая) по адресу: _____)

_____)
(адрес постоянного места жительства)
застрахованного(-ой) по обязательному медицинскому страхованию в _____)

_____)
(наименование страховой медицинской организации)
полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство,
подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского страхования)

_____)
выдан _____)
(серия, номер) (дата выдачи)

_____)
настоящим подтверждаю выбор _____)
(наименование медицинской организации)

а также участкового врача _____)

Приложение 3
к Порядку выбора гражданином
медицинской организации и врача
для получения первичной медико-санитарной помощи
в рамках Программы государственных
гарантий бесплатного оказания
гражданам медицинской помощи
в амбулаторно-поликлинических условиях

ФОРМА

УВЕДОМЛЕНИЕ
о прекращении деятельности

Ф.И.О. пациента (законного представителя) _____
от _____
_____ (наименование медицинской организации)

Настоящим уведомляем Вас, что с 01.01. 20.. года
_____ (наименование медицинской организации)

не будет осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования
Пермского края.

До конца текущего года (по 31 декабря) _____
(наименование медицинской организации)

будет продолжать оказывать Вам первичную медико-санитарную помощь в полном объеме.
С 01 января будущего года Вы можете воспользоваться Вашим правом выбора медицинской
организации, врача в соответствии с Порядком выбора гражданином медицинской организации
и врача для получения первичной медико-санитарной помощи в рамках Программы
государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в
амбулаторно-поликлинических условиях.

Дата _____ Главный врач (руководитель) медицинской организации _____