

УТВЕРЖДЁН
приказом департамента
здравоохранения
и фармации Ярославской
области, Территориального
фонда обязательного
медицинского страхования
Ярославской области
от 04.12.2012 № 2622/222

**Порядок
взаимодействия участников обязательного медицинского страхования
по реализации права выбора гражданином медицинской организации**

I. Общие положения

При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации.

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-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

Принятие решения о прикреплении граждан к данному учреждению здравоохранения относится к компетенции главного врача.

**II. Порядок учета заявления о выборе (замене) медицинской
организации застрахованным лицом**

2.1. Если застрахованным лицом, проживающим на территории Ярославской области, не было подано заявление о выборе (замене) медицинской организации, такое лицо считается прикрепленным к медицинской организации согласно районам обслуживания по оказанию первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу.

2.2. Для выбора или замены медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия—законный представитель)

обращается в выбранную им медицинскую организацию с заявлением о выборе (замене) медицинской организации согласно Приложению 1 к Порядку.

2.3. К заявлению о выборе (замене) медицинской организации прилагаются следующие документы или их заверенные копии:

- для застрахованных, без смены регистрации по месту жительства или пребывания, – документ, удостоверяющий личность;

- для застрахованных, сменивших место жительства (пребывания) и выбывших из района обслуживания медицинской организации, к которой был прикреплен ранее (внутри Ярославской области), – документ, удостоверяющий личность, или документ, подтверждающий регистрацию места жительства (пребывания) на территории Ярославской области;

- для застрахованных, сменивших регистрацию по месту жительства (пребывания) и выбывших из района обслуживания медицинской организации, к которой был прикреплен ранее (не на территории Ярославской области), – документ, удостоверяющий личность, или документ, подтверждающий регистрацию места жительства (пребывания) на территории Ярославской области;

- для застрахованных, первично прикрепляющихся к медицинской организации (застрахованный не был прикреплен ни к одной медицинской организации на территории Российской Федерации и застрахован на территории Ярославской области), – документ, удостоверяющий личность;

- полис обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

2.4. Заявление оформляется в 2 экземплярах: один экземпляр выдается на руки обратившемуся гражданину, второй экземпляр остается в медицинской организации.

III. Порядок изменения данных в территориальном регистре в случае выявления расхождения данных в предъявленных документах и данных страховой медицинской организации

3.1. В случае изменения данных, необходимых для формирования заявления о выборе (замене) медицинской организации, для застрахованных на территории Ярославской области:

- медицинская организация по защищенному каналу Vip-net направляет в страховую медицинскую организацию Ярославской области сканированные копии следующих документов:

- документ, удостоверяющий личность, с адресом места жительства;

- документ, подтверждающий регистрацию по месту жительства (пребывания) на территории Ярославской области;

- страховая медицинская организация вносит в течение одного рабочего дня с момента получения данные по пациенту в территориальный регистр застрахованных и извещает по сети Vip-net медицинскую организацию о завершении работ в части ввода информации;

- медицинская организация прикрепляет застрахованного в соответствии с его заявлением о выборе (замене) медицинской организации.

3.2. В случае внесения данных для застрахованных вне территории Ярославской области:

- медицинская организация по защищенному каналу Vip-net направляет в Территориальный фонд ОМС Ярославской области (далее – ТФ ОМС ЯО) сканированные копии следующих документов:

документ, удостоверяющий личность, с адресом места жительства;

документ, подтверждающий регистрацию по месту жительства (пребывания) на территории Ярославской области, полис ОМС;

- ТФ ОМС ЯО вносит в течение одного рабочего дня с момента получения данные по пациенту в территориальный регистр застрахованных и извещает по сети Vip-net медицинскую организацию о завершении работ в части ввода информации;

- медицинская организация прикрепляет застрахованного в соответствии с его заявлением о прикреплении к врачебному участку.

IV. Алгоритм формирования номера заявления

4.1. Алгоритм формирования номера заявления на открепление от медицинской организации:

- первый символ определяет тип заявления и равен «2»;

- второй и третий символы определяют медицинскую организацию в системе ОМС согласно справочника ТФ ОМС ЯО медицинских организаций;

- четвертый и пятый символы определяют текущий год;

- шестой и седьмой символы определяют порядковый номер месяца в году;

- восьмой и девятый символы определяют дату подачи заявления пациентом;

- десятый и одиннадцатый символы определяют порядковый номер обработанного за день заявления.

Пример: пациент подал свое заявление в ГУЗ «Поликлиника №3 им. Н.А. Семашко» 11 октября 2012 года и это заявление за эту дату второе, номер заявления будет выглядеть следующим образом: 2RA12101102.

4.2. Алгоритм формирования номера заявления о выборе (замене) медицинской организации:

- первый символ определяет тип заявления и равен «1»;

- второй и третий символы определяют медицинскую организацию в системе ОМС согласно справочника ТФ ОМС ЯО медицинских организаций;

- четвертый и пятый символы определяют текущий год;

- шестой и седьмой символы определяют порядковый номер месяца в году;

- восьмой и девятый символы определяют дату подачи заявления пациентом;

- десятый и одиннадцатый символы определяют порядковый номер обработанного за сегодня заявления

Пример: пациент подал свое заявление в ГУЗ «Поликлиника №3 им. Н.А. Семашко» 11 октября 2012 года и это заявление за эту дату второе, номер заявления будет выглядеть следующим образом: 1RA12101102.

V. Дополнительные положения

Данный порядок действует при условии принятия медицинской организацией положительного решения о прикреплении гражданина на медицинское обслуживание.

Медицинская организация выдает застрахованному заполненный бланк заявления о выборе (замене) медицинской организации из учетной системы, застрахованный проверяет правильность введенной информации.

Застрахованный открепляется от предыдущей медицинской организации автоматически в момент печати заявления о выборе (замене) медицинской организации в медицинской организации, регистрирующей реализацию права застрахованного.

Каждой медицинской организации, от которой открепился застрахованный, посредством специализированного интерфейса доступен список открепившихся граждан с датой прикрепления и наименованием другой медицинской организации. Также открепившая гражданина медицинская организация в течение 3 дней посредством почты, электронной почты направляет данную информацию в медицинскую организацию, регистрирующую реализацию права застрахованного на выбор медицинской организации.

Медицинская организация, от которой открепился гражданин, обязана в течение 5 рабочих дней отметить в системе учета признак передачи данных в медицинскую организацию, к которой прикрепился застрахованный, а также направить амбулаторную карту гражданина в медицинскую организацию, в которой он будет наблюдаться.

Приложение № 1
к Порядку

Главному врачу _____

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выборе (замене) медицинской организации

Прошу прикрепить меня для получения первичной медико-санитарной помощи на _____ участке № _____ в _____
тип участка (наименование медицинской организации)

в связи с¹:

- | | |
|--|---|
| | 1) выбором другой медицинской организации, согласно статьи 21 Федерального Закона №323-ФЗ; |
| | 2) в связи со сменой регистрации по месту пребывания и выбытием за пределы района обслуживания медицинской организации (внутри Ярославской области); |
| | 3) в связи со сменой регистрации по месту пребывания и выбытием за пределы района обслуживания медицинской организации (из другого региона РФ в Ярославскую область); |
| | 4) первичным прикреплением на территории Российской Федерации |

Открепительный талон № _____ от _____ передан в текущую медицинскую организацию.

1. Сведения о застрахованном лице

1.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.3. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком «V»)

1.5. Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

1.6. Место рождения: _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.7. Вид документа, удостоверяющего личность _____

1.8. Серия _____ 1.9. Номер _____

1.10. Дата выдачи _____

1.11. Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)

1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

а) почтовый индекс

б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____
(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

к) дата регистрации по месту жительства _____

лицо без определённого места жительства

1.13. Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

а) почтовый индекс

б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____
(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации:

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) кем и когда выдан _____

1.15. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (пребывание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства): с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.16. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

(при наличии)

1.17. Полис обязательного медицинского страхования: страховая компания _____, серия _____, № _____

1.18. Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления _____

1.19. Контактная информация:

1.19.1. Телефон: код _____, домашний _____,

служебный _____, мобильный _____

1.19.2. Адрес электронной почты _____

2. Сведения о представителе:

2.1. Фамилия _____

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.2. Имя _____

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.3. Отчество (при наличии) _____

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.4. Отношение к

застрахованному лицу, сведения о котором мать отец иное (нужное отметить знаком «V»)

указаны в заявлении:

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность _____

2.6. Серия _____ 2.7. Номер _____

2.8. Дата выдачи _____

(число, месяц, год)

2.9. Контактный телефон: код _____, домашний _____

служебный _____, мобильный _____

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

4. С перечнем врачей-терапевтов, количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) ознакомлен(а).

(подпись застрахованного лица
(его представителя))

Дата: _____

(число, месяц, год)

Заявление принял: _____

(подпись представителя
медицинской организации)

(расшифровка подписи)

Прикрепление (не) произведено _____

(причина отказа)

№ врачебного участка _____

Дата: _____

(число, месяц, год)
