

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ
от 26 июля 2012 г. N 823-п

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 N 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 N 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 N 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 N 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 N 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 N 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 N 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 N 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, 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 N 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
А.Р.БЕЛЯВСКИЙ

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: N _____
(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 _____ N _____, выдан "___" _____ г.

(название органа, выдавшего документ)

Контактный телефон _____

Личная подпись _____

"___" _____ 2___ г.

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Зарегистрировать с "___" _____ 20___ г.

Отказать в регистрации в связи _____

(подпись)

(Ф.И.О. главного врача)

"___" _____ 20___ г.

М.П.

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

"___" _____ 20___ г.

Получил копию заявления _____
(подпись) _____ (Ф.И.О.)

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: N _____
(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 _____ N _____, 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) (Ф.И.О. главного врача)

" ____ " _____ 20__ г.
М.П.

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

" ____ " _____ 20__ г.

Получил копию заявления _____
(подпись) (Ф.И.О.)

**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