ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
(Депздрав Югры)

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
(ТФОМС Югры)

П Р И К А З

Об утверждении порядка прикрепления при выборе застрахованным лицом медицинской организации для оказания ему медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре

от 27 июня 2019 года № 773/ 548
г. Ханты-Мансийск

В целях реализации права выбора застрахованным лицом медицинской организации для оказания ему медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» **п р и к а з ы в а е м:**

1. Утвердить прилагаемый порядок прикрепления при выборе застрахованным лицом медицинской организации для оказания ему медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре (далее – Порядок).

2. Руководителям медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре (далее – медицинские организации), организовать работу в соответствии с Порядком.

3. Страховым медицинским организациям, осуществляющим деятельность на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, в рамках Договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, контролировать выполнение Порядка медицинскими организациями.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры Касьянову Е.В. и первого заместителя директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа-Югры Смирнова В.А.

Исполняющий обязанности директора
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры

_____В.А. Нигматулин

Директор
Территориального фонда
обязательного медицинского страховани
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры

_____А.П. Фучежи

Приложение к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры и
Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Ханты-Мансийского
автономного округа-Югры
от 27 июня 2019 года № 77№/548

Порядок прикрепления при выборе застрахованным лицом медицинской организации для оказания ему медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре

1. Общие положения

1.1. Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу (далее – медицинские организации), в целях реализации права выбора медицинской организации для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре, осуществляют прикрепление застрахованных лиц.

1.2. Прикрепление к медицинской организации осуществляется на информационном ресурсе ТФОМС Югры.

1.3. Прикреплению подлежат лица, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию на территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры.

1.4. Прикрепление (выбор медицинской организации) осуществляется лично застрахованным лицом (представителем застрахованного лица) в заявительном порядке, при предъявлении полиса обязательного медицинского страхования и документов, предусмотренных пунктом 5 Приказа № 406н.

1.5. Заявление о прикреплении (выборе медицинской организации) (далее – Заявление) к медицинской организации подается на имя руководителя медицинской организации согласно Приложению, к настоящему Порядку.

1.6. Заявления о прикреплении к медицинской организации хранятся в медицинской организации не менее 5 лет с момента его подачи.

2. Порядок информационного взаимодействия

2.1. После получения Заявления от застрахованного лица медицинская организация, принявшая заявление, в течение двух рабочих дней оформляет заявку на изменение прикрепления гражданина на информационном ресурсе ТФОМС Югры.

2.2. При оформлении заявки на изменение прикрепления гражданина прилагаются электронные сканированные копии следующих документов:

- Заявление гражданина о прикреплении (выборе медицинской организации);
- Копия документа, подтверждающего изменение места жительства (при необходимости).

2.3. Медицинская организация, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи Заявления, в течение двух рабочих дней с момента получения заявки на изменение прикрепления гражданина, подтверждает заявку об изменении прикрепления гражданина на информационном ресурсе ТФОМС Югры, либо аннулирует заявку с указанием причины отказа.

2.4. В течение двух рабочих дней после подтверждения заявки об изменении прикрепления гражданина, медицинская организация, принявшая 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.

2.5. После подтверждения заявки, медицинская организация, в которой гражданин находился 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.

Приложение к Порядку
прикрепления при выборе застрахованным лицом
медицинской организации для оказания ему медицинской помощи
в рамках программы государственных гарантий бесплатного
оказания гражданам медицинской помощи
в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации для получения первичной медико-санитарной медицинской помощи

Я,

_____

ФИО застрахованного лица или представителя застрахованного лица

Отношение представителя к застрахованному лицу _____

Дата рождения «____»_____ _____ г. Пол _____

Место рождения _____

Гражданство_____

Данные документа, удостоверяющего личность застрахованного лица_____

Данные документа, удостоверяющего личность представителя застрахованного лица_____

Адрес фактического места жительства_____

Место регистрации _____ Дата регистрации_____

Контактная информация_____

Страховой медицинский полис ОМС: № _____

Наименование страховой медицинской организации_____

_____

Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления_____

_____

Прошу прикрепить_____

ФИО застрахованного лица к медицинской организации

_____

_____

(наименование и фактический адрес медицинской организации, принявшей заявление)

для получения в рамках территориальной программы ОМС амбулаторной медицинской помощи

Я осознаю, что буду откреплен(а) от медицинской организации _____, в которой ранее получал(а) медицинскую помощь.

Порядок и условия оказания помощи определяются территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год.

Я отказываюсь от обеспечения амбулаторной помощью на дому	(подпись)

(подписывают застрахованные лица (представители), в случае выбора медицинской организации, не обслуживающей население по его месту жительства)

Подпись застрахованного лица (представителя)_____ «____»_____ 201__г.

(дата)

Фамилия и инициалы руководителя медицинской организации, принявшей заявление

_____

Подпись руководителя медицинской организации_____

М.П.