

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГБУ «КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №4 г.ГРОЗНОГО»

ПРИКАЗ

«05» сентября 2025 г.

г. Грозный

№ 150

О выборе ГБУ «Клиническая больница №4 г. Грозного» гражданином при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 216н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», приказываю:

1. Утвердить Порядок выбора гражданином ГБУ «Клиническая больница №4 г. Грозного» при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее- Порядок).
2. Назначить ответственным за реализацию Порядка, заместителя главного врача по амбулаторно-поликлинической работе Вашаева А.В.
3. Старшей медицинской сестре поликлиники Имурзаевой Т.Г. обеспечить размещение информации об организации приема заявлений и Порядке прикрепления к ГБУ «Клиническая больница №4 г. Грозного» на информационных стендах в здании поликлиники, а также контроль за предоставлением справочной информации по прикреплению администраторами регистратуры.
4. Начальнику информационно - технического отдела Халиеву Р.В. обеспечить:
 - размещение актуальной информации о Порядке прикрепления граждан и об организации приема заявлений на официальном сайте ГБУ «Клиническая больница №4 г. Грозного»;
 - при принятии гражданина на обслуживание направление информации о принятии гражданина на обслуживание в рамках территориальной программы в территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики.
5. Установить график работы ответственных за реализацию мероприятий по прикреплению застрахованных лиц к ГБУ «Клиническая больница № 4 г. Грозного» с понедельника по пятницу с 09:00час. до 16:00час.; суббота с 9:00 час. до 13:00 час.
6. Ответственным лицом за прием заявлений о прикреплении (откреплении) пациента к поликлинике назначить Салеву М. Л. – медицинского регистратора.

7. Ответственным лицом по работе с уведомлениями о прикреплении (откреплении) пациента к поликлинике назначить программиста – Исаева А-М. А.

8. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач



Р.М.Азизова

Порядок выбора гражданином ГБУ «Клиническая больница №4 г. Грозного» при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

1. Настоящий Порядок регулирует отношения, связанные с выбором гражданином медицинской организации на территории Чеченской Республики, в котором проживает (пребывает) гражданин, и (или) в котором ему выдан полис обязательного медицинского страхования при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - Программа).
2. Действие настоящего Порядка не распространяется на отношения по выбору медицинской организации при оказании медицинской помощи военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицам, а также задержанным, заключенным под стражу, отбывающим наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста.
3. Выбор или замена медицинской организации в соответствии с настоящим Порядком осуществляется гражданином, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия, либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями) (далее - гражданин) лично, или через своего представителя (в том числе законного представителя).
4. Для получения медицинской помощи в рамках Программы гражданин лично или через своего представителя (в том числе законного представителя) выбирает, в том числе по территориально-участковому принципу, ГБУ «Клиническая больница №4 г. Грозного» (далее - медицинская организация), участвующую в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи субъекта Российской Федерации (далее - территориальная программа), оказывающую первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилям, по которым Программой предусмотрен способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.
5. При выборе медицинской организации гражданин лично или через своего представителя (в том числе законного представителя) обращается в медицинскую организацию, указанную в пункте 4 настоящего Порядка, с заявлением о выборе медицинской организации (далее соответственно - медицинская организация, принявшая заявление, заявление), содержащим следующие сведения:
 - 1) наименование и фактический адрес медицинской организации, принявшей заявление;
 - 2) фамилию и инициалы руководителя медицинской организации, принявшей заявление;
 - 3) информацию о гражданине:
 - фамилию, имя, отчество (при наличии);
 - пол;
 - дату рождения;
 - место рождения;
 - гражданство;
 - страховой номер индивидуального лицевого счета в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (далее - СНИЛС) (при наличии);
 - реквизиты документа, удостоверяющего личность (для детей в возрасте до четырнадцати лет - реквизиты записи акта гражданского состояния о рождении, реквизиты документа иностранного государства о регистрации рождения в случае регистрации рождения вне пределов Российской Федерации);
 - номер полиса обязательного медицинского страхования;

- адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника;
 - контактную информацию (номер телефона, адрес электронной почты (при наличии));
- 4) информацию о представителе гражданина (в том числе законном представителе):
- фамилию, имя, отчество (при наличии);
 - реквизиты документа, удостоверяющего личность;
 - реквизиты документа, подтверждающего статус и полномочия представителя;
 - контактную информацию (номер телефона, адрес электронной почты (при наличии));
- 5) наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, которую гражданин выбрал для оказания медицинской помощи в рамках Программы до подачи заявления;
- 6) фамилию, имя, отчество (при наличии) выбранного врача (при наличии);
- 7) подтверждение факта ознакомления с информацией, указанной в пункте настоящего Порядка (вносится согласно пункту 11 настоящего Порядка).
6. Заявление подается в следующих формах:
- 1) на бумажном носителе, путем личного обращения в выбранную медицинскую организацию;
- 2) электронного документа, направляемого через личный кабинет гражданина в федеральной государственной информационной системе «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (далее - Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) или в региональных порталах государственных и муниципальных услуг (функций) 2.
7. В случае подачи заявления в форме электронного документа посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) или регионального портала государственных и муниципальных услуг (функций) указанное заявление подписывается простой электронной подписью.
8. Сведения, указанные в заявлении, подаваемые на бумажном носителе, подтверждаются предъявлением оригиналов следующих документов или их заверенных копий:
- 1) для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:
- свидетельство о рождении;
 - полис обязательного медицинского страхования ребенка;
 - СНИЛС (при наличии);
- 2) для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:
- документ, удостоверяющий личность;
 - полис обязательного медицинского страхования;
 - СНИЛС (при наличии);
- 3) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»:
- удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца, поданной в федеральный орган исполнительной власти в сфере внутренних дел, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации;
 - полис обязательного медицинского страхования;
 - СНИЛС (при наличии);
- 4) для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:
- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
 - вид на жительство;
 - полис обязательного медицинского страхования;
 - СНИЛС (при наличии);
- 5) для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:

- документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
 - вид на жительство;
 - полис обязательного медицинского страхования;
 - СНИЛС (при наличии);
- 6) для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:
- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;
 - полис обязательного медицинского страхования;
 - СНИЛС (при наличии);
- 7) для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:
- документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;
 - полис обязательного медицинского страхования;
 - СНИЛС (при наличии);
- 8) для временно пребывающих на территории Российской Федерации в соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г. 5 (далее - ЕАЭС), трудящихся иностранных граждан государств - членов ЕАЭС, а также работающих на территории Российской Федерации членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц (граждане государств - членов ЕАЭС, назначенные на должности директоров департаментов Евразийской экономической комиссии и заместителей директоров департаментов указанной комиссии), сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации (граждане государств - членов ЕАЭС, не являющихся должностными лицами, на основе заключаемых с ними трудовых договоров (контрактов):
- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
 - полис обязательного медицинского страхования;
 - СНИЛС (при наличии);
 - трудовой договор трудящегося иностранного гражданина государства - члена ЕАЭС;
 - отрывная часть бланка уведомления о прибытии иностранного гражданина или лица без гражданства в место пребывания или ее копия с указанием места и срока пребывания;
- 9) для представителя, в том числе законного представителя, гражданина: документ, удостоверяющий личность;
- документ, подтверждающий полномочия представителя (в том числе доверенность, оформленная в соответствии со статьей 185 Гражданского кодекса Российской Федерации), либо документ, удостоверяющий статус законного представителя;
- 10) в случае изменения места жительства - документ, подтверждающий факт изменения места жительства (в случае замены медицинской организации чаще одного раза в год).
9. В случае подачи заявления в форме электронного документа представляются следующие верифицированные сведения из документов гражданина:
- 1) для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:
- реквизиты записи акта гражданского состояния о рождении;
 - единый номер полиса обязательного медицинского страхования;
 - СНИЛС (при наличии);

2) для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:

- серия и номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность;
- единый номер полиса обязательного медицинского страхования;
- СНИЛС (при наличии).

10. После получения заявления медицинская организация, принявшая заявление, в течение двух рабочих дней рассматривает его и при принятии гражданина на обслуживание направляет информацию о принятии гражданина на обслуживание в рамках территориальной программы в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики (далее – ТФОМС ЧР).

11. При осуществлении выбора медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, гражданин должен быть ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, врачей-специалистов соответствующего профиля (при оказании первичной медико-санитарной помощи), с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

12. ТФОМС ЧР уведомляет медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании при оказании медицинской помощи в рамках Программы на момент подачи заявления, о снятии гражданина с медицинского обслуживания.

13. Оказание медицинской помощи по территориальной программе в медицинской организации, принявшей заявление, осуществляется в течение срока действия полиса обязательного медицинского страхования, установленного правилами обязательного медицинского страхования (для граждан Российской Федерации - бессрочно), либо до выбора другой медицинской организации, указанной в пункте 4 настоящего Порядка.

14. Выбор медицинской организации при оказании специализированной медицинской помощи в плановой форме в рамках территориальной программы осуществляется по направлению на оказание специализированной медицинской помощи (далее - направление), выданному лечащим врачом медицинской организации, принявшей заявление, либо лечащим врачом медицинской организации по соответствующим профилям медицинской помощи.

15. При выдаче направления лечащий врач медицинской организации, принявшей заявление, указанное в пункте 5 настоящего Порядка, обязан проинформировать гражданина о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание медицинской помощи с учетом сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой.

16. На основании информации, указанной в пункте 15 настоящего Порядка, гражданин осуществляет выбор медицинской организации, в которую он должен быть направлен для оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме.

17. В случае, если гражданин выбирает медицинскую организацию, в которой срок ожидания специализированной медицинской помощи в плановой форме превышает срок ожидания медицинской помощи, установленный территориальной программой, лечащим врачом делается соответствующая отметка в медицинской документации с письменным подтверждением гражданина об информировании о сроках ожидания медицинской помощи в медицинской организации, выбранной им для оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме в рамках территориальной программы.

Приложение к Порядку

РЕШЕНИЕ

Администрации МО _____

Главному

врачу _____

ФИО врача, за которым закрепляется
гражданин _____

(наименование и адрес медицинской организации)

Дата _____ подпись _____

От _____

МП _____

ФИО заявителя в соответствии с документом)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации

Прошу принять меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) на медицинское обслуживание.

Я проинформирован о том, что в соответствии со статьей 21 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» выбор медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин осуществляет, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).

Подпись лица, подающего заявление (представителя застрахованного) _____

Информация о гражданине, осуществляющем выбор МО:

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

(в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

Пол: муж. жен. (нужное подчеркнуть). Дата рождения: _____

(число, месяц, год)

Место рождения: _____

(в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

Гражданство: _____

(название государства; лицо без гражданства)

СНИЛС _____

Вид документа, удостоверяющего личность _____

Серия _____ Номер _____ Кем и когда выдан _____

Адрес регистрации по месту жительства: субъект Российской Федерации _____

(республика, край, область, округ)

район _____ город _____

населенный пункт _____

(село, поселок и т.п.)

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

№ дома (владения) _____ корпус (строение) _____ квартира _____

Дата регистрации по месту жительства _____

Адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника:

район _____ город _____

населенный пункт _____

(село, поселок и т.п.)

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

№ дома (владения) _____ корпус (строение) _____ квартира _____
№ полиса ОМС _____ Наименование СМО, застраховавшей
гражданина _____

Наименование медицинской организации, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления

Сведения о представителе гражданина:

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____
(в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

Данные о документе, удостоверяющем личность представителя:

вид документа _____ серия _____ номер _____ кем и когда
выдан _____

Отношение к гражданину _____

Данные о документе, подтверждающем статус и полномочия представителя:

вид документа _____ серия _____ номер _____ кем и когда
выдан _____

Контактная информация:

Телефон (с кодом): домашний _____ служебный _____

Адрес электронной почты _____

ФИО выбранного врача (при наличии) _____

С перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, врачей-специалистов соответствующего профиля (при оказании первичной медико-санитарной помощи), с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому
ознакомлен _____

(подпись)

Подпись лица, подающего заявление (представителя застрахованного) _____

Дата подачи заявления _____

Заявление принял: _____
(подпись представителя медицинской организации) (расшифровка подписи)

Дата _____
(число, месяц, год)