

Министерство здравоохранения Забайкальского края

Государственное учреждение здравоохранения  
«Детский клинический медицинский центр г. Читы»

ПРИКАЗ

«05» марта 2015г.

№ 2/1

г. Чита

**Об утверждении положения о порядке выбора пациентами  
медицинской организации, лечащего врача и замене лечащего врача**

В целях регулирования отношений, связанных с выбором пациента медицинской организации, лечащего врача и замене лечащего врача, для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в пределах территории субъекта Российской Федерации,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить положение о порядке выбора пациентами медицинской организации, лечащего врача и замене лечащего врача.
2. Обеспечить размещение положения о порядке выбора пациентами медицинской организации, лечащего врача и замене лечащего врача на стендах и сайте ГУЗ «ДКМЦ г. Читы» (обособленных подразделениях).
3. Секретарю руководителя довести приказ до сведения руководителей обособленных подразделений ГУЗ «ДКМЦ г. Читы» под личную подпись.
4. Разместить данное положение о порядке выбора пациентами медицинской организации, лечащего врача и замене лечащего врача на стендах и сайтах подразделений и юридического лица.
5. Руководителям обособленных подразделений ГУЗ «ДКМЦ г. Читы» ознакомить персонал.
6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. главного врача

И.В. Нардина

## ПОЛОЖЕНИЕ

### о порядке выбора пациентами медицинской организации, лечащего врача и замене лечащего врача

1.1. Настоящее Положение регулирует порядок выбора пациентами медицинской организации, лечащего врача и замене лечащего врача.

Согласно ФЗ-323 от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях оказывается в медицинских организациях по территориально-участковому принципу. Граждане имеют право на выбор медицинской организации, право на выбор врача, но с учетом согласия этого врача.

1.2. Согласно Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказу Минздравсоцразвития РФ 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», Минздравсоцразвития РФ от 26.04.2012 № 407н «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача», пациенты имеют право на выбор медицинского учреждения, которое включено в перечень лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы государственных гарантий, которые ежегодно утверждается Правительством Забайкальского края в Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Забайкальского края, выбор лечащего врача и его замену.

1.3. Настоящее положение не распространяется на отношения по выбору медицинской организации при оказании медицинской помощи военнослужащим и лицам, приравненным по медицинскому обеспечению к военнослужащим, гражданам, проходящим альтернативную гражданскую службу, гражданам, подлежащим призыву на военную службу или направляемым на альтернативную гражданскую службу, и гражданам, поступающим на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, а также задержанным, заключенным под стражу, отбывающим наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста.

1.4. Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу.

1.5. При выборе врача и медицинской организации гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме, в том числе размещенной в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет"), о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации.

## 2. Порядок выбора медицинской организации

2.1. Выбор или замена медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, 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), путем обращения в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь.

2.2. Для выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им медицинскую организацию (далее - медицинская организация, принявшая заявление) с письменным заявлением о выборе медицинской организации (далее - заявление).

### 2.3. Заявление должно содержать следующие сведения:

- 1) наименование и фактический адрес медицинской организации, принявшей заявление;
- 2) фамилия и инициалы руководителя медицинской организации, принявшей заявление;
- 3) информация о гражданине:  
фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;  
дата рождения;  
место рождения;  
гражданство;  
данные документа, предъявляемого согласно пункту 2.4 настоящего Положения;  
место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника);

место регистрации;

дата регистрации;

контактная информация;

4) информация о представителе гражданина (в том числе законном представителе):

фамилия, имя, отчество (при наличии);

отношение к гражданину;

данные документа, предъявляемого согласно пункту 2.4. настоящего Положения;

контактная информация;

5) номер полиса обязательного медицинского страхования гражданина;

6) наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином;

7) наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления.

**2.4. При подаче заявления предъявляются оригиналы следующих документов:**

1) для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:

свидетельство о рождении;

документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;

полис обязательного медицинского страхования ребенка;

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

паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта;

полис обязательного медицинского страхования;

3) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах":

полис обязательного медицинского страхования;

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;

5) для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:

документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

вид на жительство;

полис обязательного медицинского страхования;

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;

7) для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:

документ, 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;

8) для представителя гражданина, в том числе законного:

документ, удостоверяющий личность, и документ, подтверждающий полномочия представителя;

9) в случае изменения места жительства - документ, подтверждающий факт изменения места жительства.

## **2.5. Права пациента при выборе ГУЗ «ДКМЦ г.Читы»:**

2.5.1. При осуществлении выбора ГУЗ «ДКМЦ г.Читы», оказывающей первичную медико-санитарную помощь, гражданин должен быть ознакомлен с перечнем врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

2.5.2. В течение двух рабочих дней после подтверждения медицинской организацией, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, информации, указанной в заявлении, руководитель ГУЗ «ДКМЦ г.Читы», информирует гражданина (его представителя) в письменной или устной форме (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о принятии гражданина на медицинское обслуживание.

## **2.6. Обязанности и порядок действий ГУЗ «ДКМЦ г.Читы» при реализации права пациента на выбор медицинского учреждения.**

2.6.1. Ознакомить гражданина с перечнем врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

2.6.2. После получения заявления ГУЗ «ДКМЦ г.Читы», в течение 5 рабочих дней направляет письмо посредством почтовой связи, электронной связи о подтверждении информации, указанной в заявлении, в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления.

2.6.3. Медицинская организация, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, в течение двух рабочих дней с момента получения письма, указанного пп. 2.6.2. настоящего Положения, направляет соответствующую информацию письмом посредством почтовой связи, электронной связи в медицинскую организацию, принявшую заявление.

2.6.4. **В случае согласия врача**, в течение 3 рабочих дней после подтверждения медицинской организацией, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, информации, указанной в заявлении, руководитель ГУЗ «ДКМЦ г.Читы», информирует гражданина (его представителя) в письменной или устной форме (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о принятии гражданина на медицинское обслуживание.

2.6.5. В течение трех рабочих дней после информирования гражданина о принятии его на медицинское обслуживание ГУЗ «ДКМЦ г.Читы», направляет в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, и в страховую медицинскую организацию, выбранную гражданином, уведомление о принятии гражданина на медицинское обслуживание.

2.6.6. После получения уведомления, указанного в пп.2.6.5. настоящего Положения, медицинская организация, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, в течение трех рабочих дней снимает гражданина с медицинского обслуживания и направляет копию медицинской документации гражданина в ГУЗ «ДКМЦ г.Читы».

2.7. Выбор медицинской организации при оказании специализированной медицинской помощи в плановой форме осуществляется по направлению на оказание специализированной медицинской помощи (далее - направление), выданному лечащим врачом, которое содержит следующие сведения:

2.7.1. наименование медицинской организации (из числа участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа), в которую направляется гражданин, которому должна быть оказана специализированная медицинская помощь;

2.7.2. дата и время, в которые необходимо обратиться за получением специализированной медицинской помощи с учетом соблюдения сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой.

При выдаче направления лечащий врач 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.

На основании информации, гражданин осуществляет выбор медицинской организации, в которую он должен быть направлен для оказания специализированной медицинской помощи. В случае, если гражданин выбирает медицинскую организацию, в которой срок ожидания специализированной медицинской помощи превышает срок ожидания медицинской помощи, установленный территориальной программой, лечащим врачом делается соответствующая отметка в медицинской документации.

### **3. Выбор или замена лечащего врача**

#### **3.1. Права пациента:**

3.1.1. Выбор не чаще чем один раз в год врача-педиатра, врача-педиатра участкового, путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя ГУЗ «ДКМЦ г.Читы».

3.1.2. Замена лечащего врача (за исключением случаев оказания специализированной медицинской помощи).

#### **3.2. Обязанности ГУЗ «ДКМЦ г.Читы» при реализации права пациента на выбор лечащего врача или замену лечащего врача:**

3.2.1. При принятии на медицинское обслуживание ознакомить со списком медицинских работников, которые в дальнейшем будут осуществлять функции лечащего врача, с представлением пациенту информацию об уровне их образования и квалификации.

#### **3.3. Порядок действий ГУЗ «ДКМЦ г. Читы» при замене лечащего врача:**

3.3.1. В случае требования пациента о замене лечащего врача (за исключением случаев оказания специализированной медицинской помощи) пациент обращается к руководителю ГУЗ «ДКМЦ г.Читы» с заявлением в письменной форме, в котором указываются причины замены лечащего врача.

3.3.2. Руководитель ГУЗ «ДКМЦ г.Читы» либо лицо его замещающее информирует пациента в письменной или устной форме (посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о врачах соответствующей специальности и сроках оказания медицинской помощи указанными врачами.

3.3.3. На основании информации, представленной руководителем ГУЗ «ДКМЦ г.Читы» пациент осуществляет выбор врача.

3.3.4. В случае требования пациента о замене лечащего врача при оказании специализированной медицинской помощи пациент обращается к руководителю соответствующего подразделения медицинской организации с заявлением в письменной форме, в котором указываются причины замены лечащего врача.

3.3.5. Руководитель медицинской организации в течение трех рабочих дней со дня получения заявления, информирует пациента в письменной или устной форме (посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о врачах соответствующей специальности, работающих в подразделении медицинской организации.

3.3.6. На основании информации, представленной руководителем медицинской организации, пациент осуществляет выбор врача.

3.3.7. Возложение функций лечащего врача на врача соответствующей специальности осуществляется с учетом его согласия.

**Примерная форма**

Главному врачу  
ГУЗ «ДКМЦ г. Читы»  
Нардиной Ирине Владимировне  
от законного представителя

несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года рождения

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

проживающего (-щей) по адресу:

\_\_\_\_\_ полис обязательного медицинского страхования:

\_\_\_\_\_ (наименование страховой компании, серия, номер)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

В соответствии со ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" пациент имеет право на выбор лечащего врача **с учетом согласия врача.**

Руководствуясь вышеизложенным,

**ПРОШУ:**

Предоставить возможность несовершеннолетнему \_\_\_\_\_ года рождения получать медицинскую помощь у \_\_\_\_\_ врача (участкового врача-педиатра)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность, наименование структурного подразделения)

От выбранного врача согласие

- получено
- от выбранного врача согласие не получено
- с соответствующей просьбой непосредственно к врачу не обращался.

Причина смены врача:

- неудовлетворен качеством оказанной медицинской помощи;
- при обращении к врачу в медицинской помощи было отказано;
- выбранный врач пользуется большим доверием;
- у выбранного врача больше опыта;
- выбранный врач более квалифицирован и т. д.;
- другая причина

С положением о праве выбора/смены лечащего врача не чаще одного раза в год ознакомлен (-а).

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)

**Примерная форма**

Главному врачу ГУЗ «ДКМЦ г. Читы»  
Нардиной Ирине Владимировне  
от законного представителя  
несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года рождения

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)  
проживающего (-щей) по адресу:

\_\_\_\_\_ полис обязательного медицинского страхования:

\_\_\_\_\_ (наименование страховой компании, серия, номер)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выборе медицинской организации**

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_ (Дата рождения)

Законный представитель несовершеннолетнего \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ года рождения \_\_\_\_\_

подтверждаю выбор \_\_\_\_\_ (полное наименование подразделения медицинской организации)

а также участкового врача \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. врача - педиатра участкового)

Полис ОМС: № \_\_\_\_\_ (серия) \_\_\_\_\_ (номер)  
(1 – полис старого образца, 2 – временное свидетельство, 3 – полис единого образца)

«**Название страховой организации**» \_\_\_\_\_ (название страховой организации)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ 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 ребенка \_\_\_\_\_

Находится на обслуживании в подразделении  
медицинской организации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (название подразделения медицинской организации)

расположенной по адресу \_\_\_\_\_

Не находится на обслуживании в подразделении медицинской организации (подчеркнуть, если не находится на обслуживании в медицинской организации).

Паспорт законного представителя \_\_\_\_\_ **Паспорт гражданина РФ**

Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

выдан (название органа, выдавшего документ) \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Личная подпись:

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА**

Зарегистрировать с \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Отказать в регистрации в связи \_\_\_\_\_

**Нардина И.В.**

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО главного врача)

\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

М.П.

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

\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Получил копию заявления \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО)