



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКАЯ РЕСПУБЛИКА
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

г. Черкесск, Дом Правительства, тел/факс 5-51-98. E-mail: minzdrav-kchr@mail.ru

П Р И К А З

от 26.06.2015 г.

№ 208-0

Об утверждении порядка прикрепления и учета граждан застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №3-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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации 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», в целях реализации права выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках Карачаево-Черкесской Республики программы обязательного медицинского страхования, приказываем:

1. Утвердить Порядок прикрепления и учета граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Карачаево-Черкесской Республике медицинского страхования (далее Порядок).
2. Руководителям медицинских организаций, включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Карачаево-Черкесской Республике по программе обязательного медицинского страхования организовать работу по реализации права гражданина на выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Порядком.
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения КЧР Т.Н. Аргунову.

Министр здравоохранения
Карачаево-Черкесской Республики

И.Д. Гербекова

ПОРЯДОК

прикрепления и учета граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Карачаево-Черкесской Республике по программе обязательного медицинского страхования

1. Порядок прикрепления и учета граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Карачаево-Черкесской Республике по программе обязательного медицинского страхования (далее - Порядок) регулирует вопросы взаимоотношений застрахованных лиц и медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Карачаево-Черкесской Республике по программе обязательного медицинского страхования.

Действие настоящего Порядка не распространяется на отношения по выбору медицинской организации военнослужащими и лицами, приравненными по медицинскому обеспечению к военнослужащим, гражданами, проходящими альтернативную гражданскую службу, гражданами, подлежащими призыву на военную службу или направляемыми на альтернативную гражданскую службу, и гражданами, поступающими на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, а также задержанными, заключенными под стражу, отбывающими наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста.

2. Оказание первичной медико-санитарной помощи осуществляется в соответствии с приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» и от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи».

3. Первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуется по территориально-участковому принципу. Распределение населения по участкам осуществляется руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь,

в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан.

К прикрепленному по территориально-участковому жителя на территории обслуживания медицинской организации принципу населению относятся застрахованные лица, имеющие место, в соответствии с паспортами участков и с учетом критериев территориальной (в том числе транспортной) доступности первичной медико-санитарной помощи.

4. Фактически прикрепленными являются застрахованные лица, проживающие (пребывающие) на территории обслуживания данной медицинской организации и воспользовавшиеся правом выбора медицинской организации и врача (с его согласия) в соответствии с действующим законодательством.

5. Застрахованные лица, не осуществившие выбор медицинской организации путем подачи заявления, считаются прикрепленными к медицинской организации на территории обслуживания которой они проживают (пребывают) согласно адресу регистрации по месту жительства (пребывания).

6. Медицинская организация осуществляет учет прикрепленных застрахованных лиц и несет ответственность перед страховыми медицинскими организациями и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования КЧР за достоверность информации о прикреплении граждан.

7. Право на выбор застрахованным лицом медицинской организации врача (с его согласия) реализуется путем подачи заявления от своего имени или от имени своего законного представителя на имя руководителя медицинской организации по установленной настоящим Порядком форме (приложения 1, 2), которая содержит 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;
- 4) место жительства, место регистрации, дата регистрации, контактная информация;
 - информация о представителе гражданина (фамилия, имя, отчество (при наличии), отношение к гражданину, 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.

8. 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, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

9. При подаче заявления предъявляются оригиналы следующих документов:

9.1. 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, выданный ребенку.

9.2. 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.

9.3. 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 Федеральную миграционную службу, с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации;
- полис обязательного медицинского страхования.

9.4. 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.

9.5. 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.

9.6. 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.

9.7. 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.

9.8. Для представителя гражданина, в том числе законного:

- документ, удостоверяющий личность, и документ, подтверждающий полномочия представителя.

9.9. В случае изменения места жительства:

- документ, подтверждающий факт изменения места жительства.

10. После получения заявления уполномоченное лицо медицинской организации, принявшей заявление, в течение двух рабочих дней направляет письмо посредством почтовой связи, электронной связи о подтверждении информации, указанной в заявлении, в медицинскую организацию, в которой застрахованное лицо находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления.

11. Уполномоченное лицо медицинской организации, в которой застрахованное лицо находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, в течение двух рабочих дней с момента получения письма, указанного в п. 10 настоящего Порядка, направляет соответствующую информацию письмом посредством почтовой связи, электронной связи в медицинскую организацию, принявшую заявление.

12. В течение двух рабочих дней после подтверждения медицинской организацией, в которой застрахованное лицо находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, информации, указанной в заявлении, руководитель медицинской организации, принявшей заявление, информирует застрахованное лицо (его представителя) в письменной или устной форме (лично

или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о принятии застрахованного лица на медицинское обслуживание.

13. В течение трех рабочих дней после информирования застрахованного лица о принятии его на медицинское обслуживание, уполномоченное лицо медицинской организацией, принявшей заявление, 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 застрахованного на медицинское обслуживание.

Заявления подлежат регистрации в Журнале регистраций заявлений о выборе медицинской организации, ведение которого осуществляется по форме согласно приложению 3 к настоящему Порядку.

14. После получения уведомления, указанного в п. 13 настоящего Порядка, 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 медицинскую организацию, принявшую заявление.

15. Информационное взаимодействие между медицинской организацией, страховой медицинской организацией и ТФОМС КЧР, страховой медицинской организацией осуществляется на основании положений:

- Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (в ред. приказа ФОМС от 22.08.2012 №154);

- Приказа Территориального фонда обязательного медицинского страхования КЧР от 22.09.2014, № 139 «Об утверждении Регламента информационного Законодательства участников при расчетах за медицинскую помощь по ОМС, оказанную застрахованным лицам на территории КЧР».

16. В случае невозможности прикрепления застрахованного лица руководитель медицинской организации указывает в заявлении о выборе медицинской организации мотивированную причину отказа.

Приложение 1
к Порядку прикрепления
застрахованных лиц к
медицинским организациям,
оказывающим первичную
медико-санитарную помощь

Главному врачу

_____ (Ф.И.О.)

от _____

_____ (Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я, _____

_____ (фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____, место рождения _____

число, месяц, год

пол: мужской/женский (нужное подчеркнуть),

гражданство _____

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к

_____ (полное название медицинской организации)

_____ (адрес местонахождения)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № _____

выдан страховой медицинской организацией _____

« _____ » _____ года.

Домашний адрес: _____

по месту жительства, по месту пребывания, по месту фактического проживания без регистрации (нужное подчеркнуть)

Адрес по месту регистрации: _____

дата регистрации _____

Прикреплен к медицинской организации _____

(наименование)

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации)

Вид документа, удостоверяющего личность: _____

серия _____ № _____, выдан « _____ » _____ год _____

_____ (наименование органа, выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

« _____ » _____ 20__ года Подпись _____ (_____) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: « _____ » _____ 20__ года _____ :

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с «01» _____ 20__ года гражданина _____ (фамилия, имя, отчество)

Участок № _____ Врач: _____ (фамилия, имя, отчество)

Отказать в прикреплении в связи _____

_____/_____
(подпись) (ФИО главного врача)

« _____ » _____ 20__ года

М.П.

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

« _____ » _____ 20__ года Получил копию заявления _____ / _____ (подпись) (ФИО)

Ознакомлен с перечнем, согласно п.8 Порядка _____ / _____ (подпись) (ФИО)

Приложение 2
к Порядку прикрепления
застрахованных лиц к
медицинским организациям,
оказывающим первичную
медико-санитарную помощь

Главному врачу

_____ (Ф.И.О.)

от _____

_____ (Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я, _____ (фамилия, имя, отчество)

_____ (вид документа, удостоверяющего личность, серия, №, кем и когда выдан)
прошу прикрепить гражданина _____

_____ (Ф.И.О. полностью)
дата рождения _____, место рождения _____,
число, месяц, год

пол: мужской/женский (нужное подчеркнуть),
гражданство _____
представителем / законным представителем (нужное подчеркнуть) 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 представителя/законного представителя (нужное подчеркнуть)

выбора медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи к
_____ (полное название медицинской организации)

_____ (адрес местонахождения)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство): № _____
выдан страховой медицинской организацией _____
« _____ » _____ года.

Домашний адрес _____
по месту жительства, по месту пребывания, по месту фактического проживания без регистрации (нужное подчеркнуть)

Адрес по месту регистрации: _____

Дата регистрации _____ 20 _____

Прикреплен к медицинской организации _____

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к _____)

медицинской организации).

Вид документа, удостоверяющий личность регистрирующегося гражданина
_____ : серия _____ № _____
выдан « _____ » _____ года _____

(наименование органа, выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи гражданином представителем, законным
представителем (нужное подчеркнуть) которого я являюсь.

С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому
принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

« _____ » _____ 20__ года Подпись _____ (_____)
(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: « _____ » _____ 20__ года _____ :

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с «01» _____ 20__ года гражданина _____
(фамилия, имя, отчество)

Участок № _____ Врач: _____
(фамилия, имя, отчество)

Отказать в прикреплении в связи _____

_____/_____
(подпись) (ФИО главного врача)

« _____ » _____ 20__ года

М.П.

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

« _____ » _____ 20__ года Получил копию заявления _____ / _____
(подпись) (ФИО)

Ознакомлен с перечнем, согласно п.8 Порядка _____ / _____
(подпись) (ФИО)

Приложение 3
к Порядку прикрепления
застрахованных лиц к
медицинским организациям,
оказывающим первичную
медико-санитарную помощь

Журнал регистрации заявлений застрахованных лиц о выборе медицинской организации (МО)

№	Дата подачи заявления о выборе МО	ФИО застрахованного лица	Пол	Дата рождения	ФИО представителя / законного представителя (нужное указать) *	Дата прикрепления	МО, где ранее было прикреплено застрахованное лицо	Причина отказа в прикреплении к МО	Подпись уполномоченного лица МО

*) Заполняется в случае подачи заявления представителем / законным представителем застрахованного лица.