Приложение № 4

к Тарифному соглашению

на медицинскую помощь в системе

обязательного медицинского

страхования Забайкальского края

на 2019 год, утвержденному Соглашением от 26 декабря 2018 года

**ПОРЯДОК**

**прикрепления граждан,  
застрахованных в системе ОМС Забайкальского края,  
к медицинским организациям Забайкальского края  
для оказания первичной медико-санитарной помощи**

1. **Общие положения**
   1. Настоящий Порядок прикрепления граждан, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) Забайкальского края, к медицинским организациям (далее – МО) Забайкальского края для оказания первичной медико-санитарной помощи (далее – Порядок) разработан на основании:

* Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в редакции от 29.07.2018);
* Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» (в редакции от 03.08.2018);
* Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012№ 543н «Об утверждении положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (в редакции от 30.03.2018);
* Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 № 158н (в редакции от 11.01.2017);
* Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи» (далее – Приказ 406н).

1.2 Данный документ устанавливает:

1. Порядок прикрепления граждан,застрахованных в системе ОМС Забайкальского края, к медицинским организациям Забайкальского края для оказания первичной медико-санитарной помощи.
2. Порядок актуализации справочника территориального прикрепления.
3. Порядок информационного взаимодействия участников системы ОМС Забайкальского края при формировании Регистра прикрепленного населения.

1.3 Вдокументе используются следующие определения:

**Перечень МО** – медицинские организации, входящие в утвержденный Приложением № 1 к Тарифному соглашениюПеречень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, и имеющие прикрепленное население.

**Справочник территориального прикрепления**– перечень улиц, номеров домов и названий населенных пунктов, относящихся к территории медицинского обслуживания МО.

**Автоматическое (территориальное) прикрепление**– прикрепление застрахованного лица к МО с учетом адреса регистрации.

**Фактическое прикрепление (прикрепление по заявлению)** – прикрепление застрахованных лиц, реализовавших право выбора МО в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации на основании заявления застрахованного или его представителя.

**Регистр прикрепленного населения**–совокупность сведений о прикреплении граждан, застрахованных в системе ОМС Забайкальского края, к медицинским организациям для оказаниягражданам первичной медико-санитарной помощи.

1.4 Прикрепление застрахованных лиц осуществляется к медицинским организациям, входящим в Перечень МО.

1.5. Прикрепление застрахованных лиц к медицинской организации осуществляетсяв соответствии с возрастными ограничениями по обслуживанию детского и/или взрослого населения соответствующей медицинской организацией, указанными в Приложении № 1 к Тарифному соглашению.

1.6 Прикрепление застрахованных лиц к медицинским организациям осуществляется на основании заявления о выборе МО (фактическое прикрепление), а в случае отсутствия факта выбора гражданином медицинской организации – по территориальному принципу (автоматическое прикрепление).

**2. Порядок осуществления автоматического (территориального) прикрепления в страховых медицинских организациях, осуществляющих деятельность в системе ОМС на территории Забайкальского края**

1. Автоматическое прикрепление к медицинским организациям осуществляется страховыми медицинскими организациями при соответствии адреса места регистрации, указанного в региональном сегменте Единого регистра застрахованных лиц, территории медицинского обслуживания МО, указанной в Справочнике территориального прикрепления.
2. Прикрепление к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь только детскому населению (Приложение № 1 к Тарифному соглашению) осуществляется в отношении застрахованных лиц в возрасте от 0 до 17 лет включительно (17 лет, 11 месяцев, 29 дней).
3. Застрахованные лица, прикрепленные к медицинской организации, обслуживающей детское население, по достижению 18 лет прикрепляются к медицинской организации, обслуживающей взрослое население, в соответствии с адресом места регистрации (по территориальному признаку).
4. Автоматическое прикрепление осуществляется без заявления застрахованного.
5. В случае отсутствия адреса регистрации для автоматического прикрепления используется адрес места пребывания.
6. В случае регистрации за пределами Забайкальского края для автоматического прикрепления используется адрес места пребывания.
7. В случае, когда застрахованное лицо сообщает страховой медицинской организации о факте изменении адреса регистрации, территориальное (автоматическое) прикрепление изменяется в соответствии с новым адресом регистрации.

3. Порядок актуализации Справочника  
территориального прикрепления

1. Ведение Справочника территориального прикрепления, устанавливающего зоны обслуживания для учреждений здравоохранения Забайкальского края осуществляет ГУЗ «Медицинский информационно**-**аналитический центр» (далее – МИАЦ) на основании приказаМинистерства здравоохранения Забайкальского края от 23.07.2013 № 335 «Об утверждении зон обслуживания учреждениями здравоохранения Забайкальского края» (с последующими дополнениями и изменениями).
2. МИАЦ информирует ТФОМС об изменениях в Справочнике территориального прикрепления в течение трех рабочих дней со дня изменений.
3. Каждая МО из Перечня МО обязана представлять в МИАЦ перечень населенных пунктов, улиц и номеров домов, жители которых подлежат медицинскому обслуживанию в данной МО для формирования Справочника территориального прикрепления.
4. Каждая МО из Перечня МО обязана представлять в МИАЦ сведения об изменении территории обслуживания в течение трех рабочих дней с момента изменений.

**4. Порядок осуществления фактического прикрепления (прикрепления по заявлению) в медицинских организациях Забайкальского края**

* 1. Фактическое прикрепление (прикрепление по заявлению) является приоритетным, предусматривает отмену ранее действовавшего автоматического (территориального) прикрепления и не изменяется при смене адреса регистрации.
  2. Фактическое прикрепление осуществляется в целях обеспечения права гражданина на выбор МО.
  3. Реализация застрахованным лицом права выбора медицинской организации осуществляется всоответствии с Порядком выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, утвержденным Приказом 406н, с учетом ресурсных возможностей медицинской организации: мощность, укомплектованность медицинскими кадрами и т.д.
  4. Застрахованное лицо осуществляет выбор медицинской организации изПеречня МО.
  5. Для реализации права выбора МО застрахованное лицо или его представитель обращается в выбранную им медицинскую организацию с заявлением о выборе МО по форме, утвержденной Приложением № 1 к настоящему Порядку.
  6. Застрахованное лицо может осуществить замену медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, не чаще одного раза в календарном году (за исключением случаев изменения места жительства гражданина).
  7. Решение о прикреплении застрахованного лица к МО заверяется подписью уполномоченного представителя администрации МО и печатью медицинской организации.На заявлении указывается дата принятия решения о прикреплении. В случае невозможности прикрепления на заявлении указывается мотивированная причина отказа.
  8. По требованию заявителя копия заявления с резолюцией руководителя выбранной МО выдается на руки.
  9. Преемственность между медицинской организацией, которая принялагражданина на медицинское обслуживание, и медицинской организацией, к которой гражданин был прикреплён ранее, осуществляется в соответствии с положениями действующих нормативно–правовых документов.
  10. Застрахованное лицо принимается на медицинское обслуживание в МО, начиная с датыпринятия решения о его прикреплении к МО.

**5. Порядок информационного взаимодействия  
участников системы ОМС Забайкальского края  
 при формировании Регистра прикрепленного населения**

5.1 Регистр прикрепленного населенияформируется с целью реализации порядка оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, методом подушевого финансирования на объём собственной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования Забайкальского края.

5.2 Информационное взаимодействие участников системы ОМС Забайкальского края при формировании Регистра прикрепленного населения осуществляется в соответствии с Регламентом формирования регистра прикрепленного населения, утверждаемым приказом ТФОМС Забайкальского края.

Приложение № 1  
к Порядку прикрепления граждан,

застрахованных в системе ОМС Забайкальского края,

к медицинским организациям Забайкальского края

для оказания первичной медико-санитарной помощи

|  |  |
| --- | --- |
| РЕШЕНИЕ  Администрации МО  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  СНИЛС врача, за которым закрепляется гражданин\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  МП | Главному врачу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование и адрес медицинской организации)  От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(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 (ред. от 03.08.2018) «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 (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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)

Вид документа, удостоверяющего личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Кем и когда выдан

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес регистрации по месту жительства: с**убъект Российской Федерации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(республика, край, область, округ)

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(село, поселок и т.п.)

улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N дома (владения) \_\_\_\_\_\_\_\_ корпус (строение) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес места пребывания** (указывается для оказания медицинской помощи на дому по вызову)

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(село, поселок и т.п.)

улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N 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 (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

Отношение к гражданину\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные о документе, удостоверяющем личность представителя:

вид документа \_\_\_\_\_\_\_серия \_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кем и когда выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Контактная информация:**

Телефон (с кодом): домашний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подпись лица, подающего заявление** (представителя застрахованного)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата подачи заявления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление принял**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись представителя медицинской организации) (расшифровка подписи)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)