



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(Минздрав ЧР)**

ПРИКАЗ

« 14 » 02 2017 г.

г. Грозный

№ 27

г Об утверждении регламента прикрепления и учета граждан, γ застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения Чеченской Республики, оказывающим первичную медико-санитарную помощь.

В соответствии со статьей 21 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 16 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012г. № 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 территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике (далее - Программы), обеспечения ведения учета сведений о прикреплении граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию (далее - ОМС), к медицинским организациям приказываю:

1. Утвердить и ввести в действие с 9 января 2017 года регламент прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения Чеченской Республики, оказывающим первичную медико-санитарную помощь (далее – Регламент).

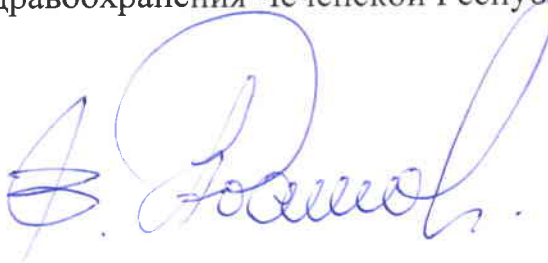
2. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения Чеченской Республики, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций,

осуществляющих деятельность в сфере ОМС, организовать работу по реализации права гражданина на выбор медицинской организации для оказания ему медицинской помощи в рамках Программы и ведению учета сведений о прикреплении граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям в соответствии с вышеуказанным Регламентом.

3. Общему отделу Минздрава ЧР опубликовать настоящий приказ разместить на официальном сайте Министерства в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», и довести до руководителей медицинских организаций, ТФОМС Чеченской Республики, ЗАО «МАКС-М».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Чеченской Республики В.С. Адамова.

Министр



Э.А. Сулейманов



Регламент

прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения Чеченской Республики, оказывающим первичную медико-санитарную помощь.

1. Регламент прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения Чеченской Республики, оказывающим первичную медико-санитарную помощь регулирует вопросы взаимоотношений застрахованных лиц и медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике.

Действие настоящего Регламента 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 г. № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», от 23 июня 2015 г. № 361н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», от 16.04.2012 г. № 66н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи».

3. Первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуется по территориально-участковому принципу, в том числе студентам обучающимся в образовательных организациях по очной форме (по месту регистрации, проживания).

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

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

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

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

При ведении учета прикрепленных застрахованных лиц медицинская организация может применять сведения персонифицированного учета застрахованных лиц, содержащиеся в едином регистре застрахованных лиц, в целях исполнения положений настоящего Регламента;

5. 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 Регламентом форме (*приложение №1*) 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.

6. 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.

7. При подаче заявления предъявляются оригиналы и копии следующих документов:

7.1. 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.

7.2. 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.

7.3. 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.

7.4. 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.

7.5. 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.

7.6. 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.

7.7. 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.

7.8. Для представителя гражданина, в том числе законного:

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

7.9. В случае изменения места жительства:

- документ, подтверждающий факт изменения места жительства.

8. 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 (*приложение 2*).

9. 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 Регламента, направляет соответствующую информацию письмом посредством почтовой связи, электронной связи в медицинскую организацию, принявшую заявление (*приложение 3*).

10. 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

11. 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, **уведомление** о принятии застрахованного на медицинское обслуживание (*приложение 4*).

12. Заявления, уведомления подлежат регистрации в «Журнале регистраций заявлений о выборе медицинской организации», ведение которого осуществляется по форме (*согласно приложению 5*) к настоящему Регламенту.

13. Уведомления подлежат регистрации в «Журнале регистраций уведомлений, выданных гражданину о принятии на медицинское обслуживание в медицинской организации», ведение которого осуществляется по форме (*согласно приложению 6*) к настоящему Регламенту.

14. Регистрация открепительных талонов подлежит в «Журнале регистрации открепительных талонов на получение медицинской помощи, выданных гражданину в других медицинских организациях», ведение которого осуществляется по форме (*согласно приложению 7*) к настоящему Регламенту.

15. После получения уведомления, указанного в п.11 настоящего Регламента, 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.

16. Информационное взаимодействие между медицинской организацией, принявшей заявление, медицинской организацией, в которой гражданин находился на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, страховой медицинской организацией осуществляется на основании действующих нормативно-правовых актов.

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

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 меня / гражданина (нужное подчеркнуть),
представителем которого я являюсь,

→ _____

(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__ г.

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. 6 Регламента _____

/ _____

(подпись)

(ФИО)

Приложение № 2
к Регламенту прикрепления застрахованных
лиц к МО, оказывающим ПМСП,
утвержденному приказом Минздрава ЧР
от «___» _____ 20 г. № ___

Руководителю МО

наименование МО

УВЕДОМЛЕНИЕ № _____

о принятии заявления от гражданина на медицинское обслуживание

Уведомляем Вас о принятии заявления от гражданина на медицинское
обслуживание

В _____

наименование МО, адрес МО

гражданина Ф.И.О.

_____, проживающего
по адресу _____

Основание для принятия на медицинское обслуживание: письменное
заявление гражданина о выборе медицинской организации.

" ___ " _____ 20 ___ г.

Главный врач _____ / _____

подпись расшифровка подписи

МП.

Приложение № 3
к Регламенту прикрепления застрахованных
лиц к МО, оказывающим ПМСП,
утвержденному приказом Минздрава ЧР
от «__» ____ 20 г. № ____

Открепительный талон на получение медицинской помощи
в другой медицинской организации

Ф.И.О.
пациента _____

Дата рождения (число, месяц, год)

Адрес прописки _____

Адрес фактического проживания _____

Наименование страховой медицинской организации

Серия и номер полиса _____

Дата выдачи полиса _____ Срок действия полиса до _____

Место учебы, работы _____

Наличие льгот (подчеркнуть):

Федеральные, региональные.

Причина открепления (подчеркнуть): перемена места жительства, смена
лечебно-профилактического учреждения, другие причины
(указать) _____

Планируемая для прикрепления медицинская организация

" _____ " _____ 20 ____ г.

Дата снятия с учета

Главный врач _____ / _____
подпись расшифровка подписи

МП.

Приложение № 4
к Регламенту прикрепления застрахованных
лиц к МО, оказывающим ПМСП,
утвержденному приказом Минздрава ЧР
от «__» ____ 20__ г. № ____

УВЕДОМЛЕНИЕ № ____
о принятии гражданина на медицинское обслуживание в медицинскую
организацию

Уведомляем Вас

(Ф.И.О. полностью)
проживающего по адресу

принятии на медицинское обслуживание в

наименование МО

"__" ____ 20__ г.

Главный врач _____ / _____

Подпись расшифровка подписи

МП.

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.

Журнал
 регистрации уведомлений, выданных гражданам о принятии на медицинское обслуживание в МО

№	Дата выдачи уведомления в МО	ФИО застрахованного лица	Пол	Дата рождения	Адрес прописки	Адрес фактического проживания	ФИО представителя /законного представителя (нужное указать) *	Подпись

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

Журнал

регистрации открепительных талонов на получение медицинской помощи, выданных гражданину в других
 медицинских организациях.

№ №	Дата открепл ения	ФИО застрахованного лица	Пол	Дата рожде ния	Адрес прописки	Адрес фактического проживания	ФИО представителя /законного представителя (нужное указать) *	Подпись

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