

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КАМЧАТСКОГО КРАЯ**

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ КАМЧАТСКОГО КРАЯ**

**ПРИКАЗ**

*24.04.2017*

№ *365/21*

г. Петропавловск-Камчатский

Об утверждении Порядка 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 Камчатском крае

В соответствии со статьей 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 16 Федерального закона 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», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи» в целях реализации права выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи

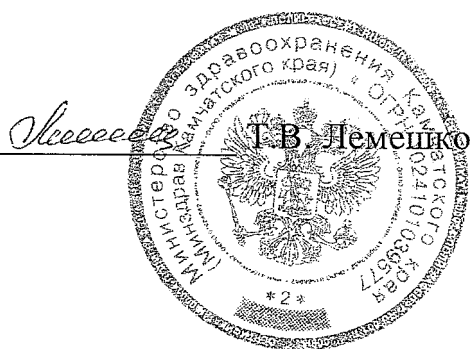
**ПРИКАЗЫВАЕМ:**

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 Камчатском крае (далее - Порядок).

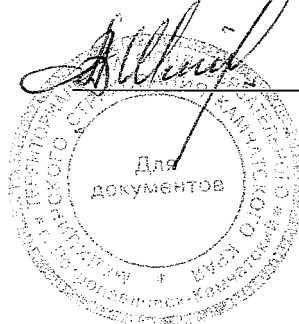
2. Руководителям медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Камчатском крае, организовать работу по реализации права гражданина на выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Порядком.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Камчатского края Волкову Марину Владимировну и заместителя директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края Александрович Наталью Николаевну.

Министр здравоохранения  
Камчатского края



Директор  
территориального фонда обязательного  
медицинского страхования  
Камчатского края



В.А. Шитов

**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  
КАМЧАТСКОМ КРАЕ**

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 по территориальной программе обязательного медицинского страхования Камчатского края (далее - Порядок), регулирует вопросы взаимоотношений застрахованных лиц, в том числе застрахованных по обязательному медицинскому страхованию вне территории Камчатского края, и медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальной программе обязательного медицинского страхования Камчатского края.

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 Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н (ред. от 30.09.2015) "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" и от 16.04.2012 N 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 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.

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 Камчатского края за достоверность информации о прикреплении граждан.

7. Право на выбор застрахованным лицом медицинской организации реализуется путем подачи заявления от своего имени или от имени своего представителя, в том числе законного (далее – представитель), 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;
- данные документа, предъявляемого согласно пункту 9 настоящего Порядка;
- место регистрации (по месту жительства или месту пребывания);
- дата регистрации;
- контактная информация;

- 4) информация о представителе гражданина:

- фамилия, имя, отчество (при наличии);
- отношение к гражданину;
- данные документа, предъявляемого согласно пункту 8 настоящего Порядка;
- 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) подтверждение факта ознакомления с информацией, указанной в 9 настоящего Порядка (вносится согласно 9 настоящего Порядка).

8. 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, выданный ребенку;
- страховой номер индивидуального лицевого счета ребенка (далее - СНИЛС) (при наличии);

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;
- СНИЛС (при наличии);

3) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 N 4528-1 "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;
- 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, 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, 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 представителя гражданина:

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

9) в случае изменения места жительства:

- документ, подтверждающий факт изменения места жительства (в случае замены медицинской организации чаще одного раза в год).

9. При выборе медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи), 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.

После ознакомления с вышеуказанной информацией гражданин подтверждает факт ознакомления посредством внесения записи в заявление.

10. После получения заявления медицинская организация, принявшая 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. Медицинская организация, 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, медицинская организация, принявшая заявление, информирует застрахованное лицо (его представителя) в письменной (посредством почтовой связи, электронной связи) или устной форме (лично или посредством телефонной связи) о принятии застрахованного лица на медицинское обслуживание.

13. В течение трех рабочих дней после информирования застрахованного лица о принятии его на медицинское обслуживание медицинская организация, принявшая заявление, направляет уведомление о принятии гражданина на медицинское обслуживание:

- в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления;
- в страховую медицинскую организацию, в соответствии с данными полиса обязательного медицинского страхования;
- в территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края.

Заявления подлежат регистрации в Журнале регистрации заявлений о выборе медицинской организации, ведение которого осуществляется по форме согласно приложению 3 к настоящему Порядку. Ведение Журнала осуществляется в бумажном и/или электронном виде.

14. После получения уведомления, указанного в п. 13 настоящего Порядка, медицинская организация, в которой гражданин находился 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. В случае невозможности принятия застрахованного лица на медицинское обслуживание руководитель медицинской организации указывает в заявлении о выборе медицинской организации мотивированную причину отказа, медицинская организация информирует застрахованное лицо (его представителя) в письменной (посредством почтовой связи, электронной связи) или устной форме (лично или посредством телефонной связи) об отказе в принятии застрахованного лица на медицинское обслуживание в течение трех рабочих дней со дня принятия решения об отказе.

16. Разрешение спорных и конфликтных вопросов о прикреплении между медицинскими организациями (при необходимости) осуществляется Министерством здравоохранения Камчатского края с привлечением территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края и страховой медицинской организации, в которой застрахован гражданин.

17. Граждане, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию за пределами Камчатского края, прикрепленные к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Камчатском крае, обязаны ежегодно подтверждать выбор указанных медицинских организаций, если в течение календарного года со дня принятия их на медицинское обслуживание, они не осуществили выбор страховой медицинской организации на территории Камчатского края.

18. Оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной и экстренной форме осуществляется вне зависимости от территории страхования и выбора гражданином медицинской организации в сроки, установленные Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края.

19. Порядок информационного взаимодействия между медицинской организацией, принявшей заявление, территориальным фондом обязательного медицинского страхования Камчатского края, страховой медицинской организацией устанавливается территориальным фондом обязательного медицинского страхования Камчатского края.

20. Руководители медицинских организаций приказами определяют лиц, ответственных за:

- 1) прием и регистрацию заявлений о выборе медицинской организации;
- 2) направление информации о прикреплении застрахованных лиц в медицинскую организацию, в которой застрахованное лицо находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления;
- 3) информирование застрахованных лиц о принятии (об отказе в принятии) их на медицинское обслуживание;
- 4) ведение учета прикрепленного населения;
- 5) информационное взаимодействие с территориальным фондом обязательного медицинского страхования Камчатского края и страховыми медицинскими организациями.

О назначении указанных ответственных лиц и о внесении изменений в их перечень медицинские организации уведомляют территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края письменно в течение трёх рабочих дней после принятия соответствующего решения.

Приложение 1  
к Порядку прикрепления и учёта  
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 Камчатском крае

**РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:**

Прикрепить с "\_\_\_" \_\_\_ 20\_\_\_ года

Отказать в связи \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Участок N\_\_\_ Врач: \_\_\_\_\_  
(ФИО)

Главному врачу

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о выборе медицинской организации**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО)

дата рождения \_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_,  
(число, месяц, год)

пол: М-☐, Ж-☐, гражданство \_\_\_\_\_,

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(полное название медицинской организации)

\_\_\_\_\_  
(адрес местонахождения)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) N \_\_\_\_\_

выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_

"\_\_\_" \_\_\_ года.

Домашний адрес: \_\_\_\_\_  
(по месту жительства, по месту пребывания, по месту проживания без регистрации)

Адрес по месту регистрации: \_\_\_\_\_  
(адрес по месту прописки)

Ранее был(а) прикреплен(а) к медицинской организации \_\_\_\_\_  
(наименование, местонахождение)

Вид документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование органа, выдавшего документ)

Данные СНИЛС (при наличии) \_\_\_\_\_

Контактные данные \_\_\_\_\_  
(телефон, e-mail, другое)

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(а).

"\_\_\_" \_\_\_ 20\_\_\_ года

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО)

Приложение 2  
к Порядку прикрепления и учёта  
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 Камчатском крае

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Отказать в связи \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Участок N\_\_\_ Врач: \_\_\_\_\_  
(ФИО)

Главному врачу

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о выборе медицинской организации**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО)

Вид документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ г.  
прошу прикрепить \_\_\_\_\_

(ФИО ребенка, не дееспособного)

дата рождения \_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_,  
(число, месяц, год)

пол: М-☐, Ж-☐, гражданство \_\_\_\_\_

законным представителем, которого я являюсь: \_\_\_\_\_  
(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность; в) попечительство и т.д.)

для выбора медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи в

\_\_\_\_\_  
(полное название медицинской организации)

\_\_\_\_\_  
(адрес местонахождения)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) N \_\_\_\_\_  
выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_ года.

Домашний адрес \_\_\_\_\_  
(по месту жительства, по месту пребывания, по месту проживания без регистрации)

Адрес по месту регистрации: \_\_\_\_\_  
(адрес по месту прописки)

Ранее был(а) прикреплен(а) к медицинской организации \_\_\_\_\_

Вид документа, удостоверяющего личность регистрируемого: \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ года

Данные СНИЛС (при наличии) \_\_\_\_\_

Контактные данные \_\_\_\_\_  
(телефон, e-mail, другое)

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

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

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО)

Приложение 3  
к Порядку прикрепления и учёта  
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 Камчатском крае

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

N п/п	Дата подачи заявления о выборе МО	ФИО застрахованного лица	Пол	Дата рождения	ФИО представителя <*>	N полиса ОМС, страховая медицинская организация	МО, где гражданин находился на медицинском обслуживании ранее	Дата прикрепления, способ информирования	Причина отказа в прикреплении к МО, дата отказа	ФИО, подпись уполномоченного лица МО

-----  
<\*> Заполняется в случае подачи заявления представителем/законным представителем застрахованного лица.