



**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

ПРИКАЗ

«15» января 2021 года

№ 20а

г. Чита

В соответствии с пунктом 5.11 раздела V «Заключительные положения» Тарифного соглашения на медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края на 2021 год от 25 января 2021 года **п р и к а з ы в а ю :**

1. Утвердить и ввести в действие Порядок прикрепления граждан, застрахованных в системе ОМС Забайкальского края, к медицинским организациям Забайкальского края для оказания первичной медико-санитарной помощи (далее – Порядок прикрепления) в соответствии с приложением к настоящему приказу.

2. Всем участникам системы обязательного медицинского страхования Забайкальского края обеспечить соблюдение Порядка прикрепления.

3. Настоящий приказ разместить на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя начальника отдела учёта застрахованных лиц Г.М. Яковлеву.

Директор

С.Н. Чабан

УТВЕРЖДЕН
приказом ТФОМС Забайкальского края
от 25 января 2021 года № 20а

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

1 Общие положения

1.1 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»;
- Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;
- Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н;
- 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:

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

1.2.2 Порядок актуализации справочника территориального прикрепления.

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

1.3 В документе используются следующие определения:

Перечень МО – медицинские организации, входящие в утвержденный Приложением № 1 к Тарифному соглашению Перечень 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 оказания гражданам 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 осуществляется в 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

2.1 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.

2.2 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).

2.3 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).

2.4 Автоматическое прикрепление осуществляется без заявления застрахованного.

2.5 В случае отсутствия адреса регистрации для автоматического прикрепления используется адрес места пребывания.

2.6 В случае регистрации за пределами Забайкальского края для автоматического прикрепления используется адрес места пребывания.

2.7 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

3.1 Ведение Справочника территориального прикрепления, устанавливающего зоны обслуживания для учреждений здравоохранения Забайкальского края осуществляет ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» (далее – МИАЦ) на основании приказа Министерства здравоохранения Забайкальского края от 24.03.2020 № 139/ОД «Об утверждении зон обслуживания по территориально-участковому принципу медицинскими организациями Забайкальского края» (с последующими дополнениями и изменениями).

3.2 МИАЦ информирует ТФОМС об изменениях в Справочнике территориального прикрепления в течение трех рабочих дней со дня изменений.

3.3 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.

3.4 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

4.1 Фактическое прикрепление (прикрепление по заявлению) является приоритетным, предусматривает отмену ранее действовавшего автоматического (территориального) прикрепления и не изменяется при смене адреса регистрации.

4.2 Фактическое прикрепление осуществляется в целях обеспечения права гражданина на выбор МО.

4.3 Реализация застрахованным лицом права выбора медицинской организации осуществляется в соответствии 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.

4.4 Застрахованное лицо осуществляет выбор медицинской организации из Перечня МО.

4.5 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.

4.6 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).

4.7 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.

4.8 По требованию заявителя копия заявления с резолюцией руководителя выбранной МО выдается на руки.

4.9 Преемственность между медицинской организацией, которая приняла гражданина на медицинское обслуживание, и медицинской организацией, к которой гражданин был прикреплен ранее, осуществляется в соответствии с положениями действующих нормативно-правовых документов.

4.10 Застрахованное лицо принимается на медицинское обслуживание в МО, начиная с даты принятия решения о его прикреплении к МО.

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

5.1 Регистр прикрепленного населения формируется 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

Главному
врачу _____

СНИЛС врача, за которым закрепляется
гражданин _____

_____ (наименование и адрес медицинской организации)

Дата _____ подпись _____
МП _____

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 «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: субъект Российской Федерации _____

_____ (республика, край, область, округ)

район _____ город _____

населенный пункт _____
(село, поселок и т.п.)

улица (проспект, переулок и т.п.) _____

№ 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.) _____

№ 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)