



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

ПРИКАЗ

от 30.11.2015 г.

№245-П/365

г. Нальчик

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ РЕГЛАМЕНТА ПРИКРЕПЛЕНИЯ
И УЧЕТА ГРАЖДАН, ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ
МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ,
К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ,
ОКАЗЫВАЮЩИМ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ И
ВКЛЮЧЕННЫМ В РЕЕСТР МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
РЕГИОНАЛЬНЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ**

В соответствие со статьей 21 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015, с изм. от 30.09.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", статьей 16 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ (ред. от 01.12.2014) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012г. № 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, обеспечения ведения учета сведений о прикреплении граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС), к медицинским организациям, приказываем:

1. Утвердить и ввести в действие с 1 декабря 2015 г. Регламент прикреплению и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики (далее – КБР), оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС КБР, с

использованием РМИС (далее - Регламент), согласно приложению к настоящему приказу.

2. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения КБР, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенных в сфере ОМС КБР, организовать работу по реализации права гражданина на выбор медицинской организации для оказания ему медицинской помощи и ведению учета сведений о прикреплении граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям, в соответствие с вышеуказанным Регламентом.
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики А.З. Кашежеву и заместителя директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики Г.А. Полупанову.

Заместитель Председателя Правительства
Кабардино-Балкарской Республики
министр здравоохранения
Кабардино-Балкарской Республики



И.М. Шетова

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Кабардино-Балкарской Республики



И.В. Мишкова

Регламент прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения КБР, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС КБР с использованием РМИС

1. Общие положения

1.1. Настоящий Регламент регулирует вопросы взаимодействия участников ОМС в части порядка прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС на территории КБР (далее - застрахованные лица), к медицинским организациям государственной системы здравоохранения КБР, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС КБР, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население (далее - медицинские организации).

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.

1.2. 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 прав граждан.

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

1.3. 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).

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

При ведении учета прикрепленных застрахованных лиц медицинская организация использует сведения персонифицированного учета застрахованных лиц, содержащиеся в едином регистре застрахованных лиц, в целях исполнения положений настоящего Порядка, и руководствуется Регламентом информационного взаимодействия участников при расчетах за медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, оказанную застрахованным лицам на территории Кабардино-Балкарской Республики.

1.5. Выбор или замена медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями) путем обращения в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь, с заявлением о выборе медицинской организации (далее - заявление).

1.6. Для получения первичной медико-санитарной помощи, застрахованные лица имеют право осуществить выбор или замену медицинской организации, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина) с даты регистрации предыдущего заявления о выборе медицинской организации в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц КБР (далее - РСЕРЗЛ).

1.7. Заявление о выборе медицинской организации считается пролонгированным, если застрахованное лицо не написало новое заявление по истечении года с момента написания предыдущего заявления.

1.8. Для участников системы ОМС КБР РСЕРЗЛ является уникальным источником информации при установлении (проверке) страховой принадлежности застрахованных лиц и данных об их прикреплении к медицинской организации. Медицинские организации на основании поданных заявлений регистрируют приращение застрахованных лиц с использованием функциональных возможностей автоматизированной информационной системы КБР.

1.9. Медицинская организация осуществляет учет прикрепленных застрахованных по ОМС и несет ответственность перед страховыми медицинскими организациями и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее - ТФОМС) за недостоверность информации о прикреплении застрахованных лиц.

1 Взаимоотношения застрахованных лиц и медицинских организаций

2.1. Заявление о выборе застрахованным лицом медицинской организации подается от имени застрахованного лица или его законного представителя на имя руководителя медицинской организации по формам, установленным настоящим Регламентом (приложения 1,2).

2.2. При подаче заявления предъявляются оригиналы документов в соответствии с пунктом 5 приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

2.3. При осуществлении выбора медицинской организации застрахованное лицо должно быть ознакомлено с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, с порядком оказания медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому, с порядком организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей-специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

По результатам ознакомления оформляется "Информированное согласие застрахованного лица с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при выборе медицинской организации" по форме, установленной настоящим Регламентом (приложение 3).

2.4. Медицинская организация должна проинформировать застрахованное лицо о возможности быть прикрепленным только к одной медицинской организации.

2.5. В день приема заявления медицинская организация с использованием функциональных возможностей РМИС осуществляет запрос в РСЕРЗЛ для установления (проверки) страховой принадлежности застрахованного лица и прикрепления к медицинской организации.

2.6. Руководитель медицинской организации в сроки, установленные пунктами 7-9 приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 мая 2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»:

2.6.1. Принимает решение о прикреплении застрахованного лица к медицинской организации, либо о мотивированном отказе в прикреплении;

2.6.2. При наличии в РСЕРЗЛ информации о прикреплении застрахованного лица к другой медицинской организации по заявлению, зарегистрированному в РСЕРЗЛ менее одного года назад (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания застрахованного лица), отказывает застрахованному лицу в прикреплении к медицинской организации с указанием в заявлении в качестве мотивированной причины отказа - «В течение года по инициативе гражданина уже изменялось прикрепление к медицинской организации»;

2.6.3. Информировать застрахованное лицо (его законного представителя) посредством электронной связи, СМС-оповещения, иных способов о прикреплении застрахованного лица к медицинской организации, либо об отказе в прикреплении с указанием мотивированной причины отказа. По требованию застрахованного лица (его представителя) на руки выдается копия заявления с решением руководителя медицинской организации, заверенная в установленном порядке.

2.7. Лицо, уполномоченное медицинской организацией, принявшей заявление, в день принятия руководителем медицинской организации решения о прикреплении застрахованного лица:

2.7.1. Регистрирует с использованием функциональных возможностей РМИС информацию о прикреплении застрахованного лица (об отказе в прикреплении), осуществляет сканирование и сохранение подписанного руководителем медицинской организации заявления о выборе медицинской организации.

2.7.2. В случае, если застрахованное лицо на момент подачи заявления имело прикрепление к другой медицинской организации более одного года, направляет посредством электронной связи или иным способом в указанную медицинскую организацию уведомление о прикреплении застрахованного лица к медицинской организации, принявшей заявление.

2.8. После получения уведомления, указанного в пункте 2.7.2 настоящего Регламента, медицинская организация, к которой застрахованное лицо было прикреплено на момент подачи заявления, в течение трех рабочих дней направляет копию медицинской документации застрахованного лица в медицинскую организацию, принявшую заявление. При ведении РМИС электронной медицинской карты У/Ф 025-У застрахованного лица копия медицинской документации застрахованного лица не пересылается (в части сведений, содержащихся в электронной медицинской карте).

2.9. В случае, если застрахованное лицо на момент подачи заявления было прикреплено к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, не входящей в государственную систему здравоохранения КБР, медицинская организация, принявшая заявление, осуществляет взаимодействие с указанной медицинской организацией в порядке, определенном в приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

2.10. В выбранной медицинской организации застрахованное лицо прикрепляется к участкам обслуживания в соответствии с установленным в данной медицинской организации распределением населения по участкам обслуживания в целях максимального обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи и соблюдения иных прав граждан.

2.11. Застрахованное лицо в выбранной медицинской организации имеет право осуществить выбор или замену не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) с учетом согласия врача, с соответствующим выбором или заменой участка обслуживания.

2.12. Застрахованные лица, прикрепленные к медицинским организациям до утверждения настоящего Регламента способом «по регистрации места жительства на территории обслуживания медицинской организации», сохраняют прикрепление к данным медицинским организациям до момента подачи ими заявления о выборе другой медицинской организации.

2.13. Заявления с результатами их рассмотрения подлежат учету и хранению в медицинской организации в течение всего срока прикрепления застрахованного лица к данной медицинской организации. В случае прикрепления застрахованного лица к другой медицинской организации, заявление застрахованного лица, ранее прикрепленного к данной медицинской организации, хранится в данной медицинской организации в течение трех лет с даты получения уведомления, указанного в пункте 2.7.2 настоящего Регламента.

2.14. Заявления, содержащие мотивированный отказ в прикреплении, хранятся в медицинской организации в течение трех лет с даты получения заявления.

2.15. Заявления предъявляются медицинской организацией страховым медицинским организациям, ТФОМС КБР при проведении контрольных мероприятий.

3 Взаимоотношения медицинских организаций, страховых медицинских организаций и ТФОМС КБР

3.1. Медицинские организации с использованием функциональных возможностей РМИС, по каналам информационного взаимодействия, посредством автоматизированной информационной системы обязательного медицинского страхования КБР (далее - АИС ОМС), представляют в страховые медицинские организации перечень сведений о заявлениях застрахованных лиц, в отношении которых принято решение о прикреплении.

3.2. 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 Кабардино-Балкарской Республики, страховой медицинской организацией осуществляется на основании:

- приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07 апреля 2011г. № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»;

- руководствуется Регламентом информационного взаимодействия участников при расчетах за медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, оказанную застрахованным лицам на территории Кабардино-Балкарской Республики.

3.3. Обмен данными между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями с использованием функциональных возможностей РМИС и АИС ОМС осуществляется в соответствии с "Порядком (Регламентом) информационного взаимодействия между участниками обязательного медицинского страхования в автоматизированной информационной системе обязательного медицинского страхования КБР", утвержденным ТФОМС КБР, и "Регламентом ведения в АИС ОМС сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям КБР", утвержденным ТФОМС КБР.

Приложение №1
к регламенту прикрепления
застрахованных лиц к
медицинским организациям,
оказывающим первичную
медико-санитарную помощь

Главному врачу

(Ф.И.О.)

От _____

(ФИО 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 « ____ » _____ 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 Регламента _____ / _____
(подпись) (ФИО)

Приложение №2
к регламенту прикрепления
застрахованных лиц к
медицинским организациям,
оказывающим первичную
медико-санитарную помощь

Главному врачу

(Ф.И.О.)

От _____

(ФИО полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

(вид документа, удостоверяющего личность, серия, №, кем и когда выдан)

Прошу прикрепить
гражданина _____

(ФИО 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
так же вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право представителя/законного
представителя (нужное подчеркнуть)

Выбора медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи к _____ (полно
е 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 _____
(наименование)

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

Вид документа, удостоверяющего 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 «__» _____ 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 Регламента _____/_____
(подпись) (ФИО)

Информированное согласие с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при выборе медицинской организации

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя)

дата рождения « _____ » _____ года,

подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской организации я в доступной для меня форме ознакомлен ответственным сотрудником данной медицинской организации 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.

Мне разъяснен порядок организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

(подпись)

(ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)