

УТВЕРЖДЁН
приказом департамента
здравоохранения
и фармации Ярославской
области, Территориального
фонда обязательного
медицинского страхования
Ярославской области
от 28.12.2015 № 2539/211

**Порядок
взаимодействия участников обязательного медицинского страхования
по реализации права выбора гражданином медицинской организации и
учета прикрепления застрахованных лиц к медицинским организациям
Ярославской области**

I. Общие положения

При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации.

Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

Принятие решения о прикреплении граждан к данному учреждению здравоохранения относится к компетенции главного врача.

Причиной отказа в прикреплении к врачу являться отсутствие согласия конкретного врача.

В соответствии с Федеральными законами от 29.10.2010 № 326 – ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Минздравсоцразвития России 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 РФ от 21 декабря 2012 г. N 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" и письмом Министерства здравоохранения РФ от 11.01.2013 г. №14-2/213-5542 разработан порядок взаимодействия между участниками обязательного медицинского страхования по прикреплению и учету застрахованных лиц; ведению персонифицированного учета прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям и порядок учета и отчетности о численности застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

II. Порядок учета заявления о выборе (замене) медицинской организации застрахованным лицом

2.1. Если застрахованным лицом, проживающим на территории Ярославской области, не было подано заявление о выборе (замене) медицинской организации, такое лицо считается прикрепленным к медицинской организации согласно районам обслуживания по оказанию первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу.

2.2. Для выбора или замены медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия – законный представитель) обращается в выбранную им медицинскую организацию с заявлением о выборе (замене) медицинской организации согласно Приложению 1 к Порядку.

2.3 При осуществлении выбора медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, гражданин должен быть ознакомлен с информацией:

- о видах медицинской помощи, оказываемой в медицинской организации;

- о перечне врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в медицинской организации;

- о количестве граждан, выбравших указанных медицинских работников

- об условиях оказания медицинской помощи на дому: медицинскую помощь на дому оказывает медицинская организация, на территории обслуживания которой в настоящее время находится пациент.

2.4. К заявлению о выборе (замене) медицинской организации прилагаются следующие документы или их заверенные копии:

- для застрахованных, без смены регистрации по месту жительства или пребывания, – документ, удостоверяющий личность;

- для застрахованных, сменивших место жительства (пребывания) и выбывших из района обслуживания медицинской организации, к которой был прикреплен ранее (внутри Ярославской области), – документ, удостоверяющий личность, и документ, подтверждающий регистрацию места жительства (пребывания) на территории Ярославской области;

- для застрахованных, сменивших регистрацию по месту жительства (пребывания) и выбывших из района обслуживания медицинской организации, к которой был прикреплен ранее (не на территории Ярославской области), – документ, удостоверяющий личность, и документ, подтверждающий регистрацию места жительства (пребывания) на территории Ярославской области;

- для застрахованных, первично прикрепляющихся к медицинской организации (застрахованный не был прикреплен ни к одной медицинской организации на территории Российской Федерации и застрахован на территории Ярославской области), – документ, удостоверяющий личность;

- полис обязательного медицинского страхования (далее – ОМС)

2.5. При заполнении заявления гражданином о выборе (замене) медицинской организации дополнительно указывается адрес фактического проживания данного гражданина (для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника)

2.6. Заявление оформляется в 2 экземплярах: один экземпляр выдается на руки обратившемуся гражданину, второй экземпляр остается в медицинской организации.

2.7. Алгоритм формирования номера заявления на прикрепление в информационной системе медицинской организации определен Приложением №2

III. Порядок изменения данных в территориальном регистре в случае выявления расхождения данных в предъявленных документах и данных страховой медицинской организации

3.1 При условии принятия положительного решения по прикреплению гражданина к медицинской организации и для внесения изменения в территориальный реестр застрахованных лиц медицинской организации и страховой медицинской организации необходимо:

3.1.1 для застрахованных на территории Ярославской области:

- медицинская организация в течение одного дня направляет по защищенному каналу Vip-net в страховую медицинскую организацию Ярославской области сканированные копии следующих документов:

документ, удостоверяющий личность, с адресом места жительства;

документ, подтверждающий регистрацию по месту жительства (пребывания) на территории Ярославской области;

- страховая медицинская организация вносит в течение одного рабочего дня с момента получения данные по пациенту в территориальный регистр застрахованных и извещает по сети Vip-net медицинскую организацию о завершении работ в части ввода информации;

- медицинская организация прикрепляет застрахованного в соответствии с его заявлением о выборе (замене) медицинской организации.

3.1.2. В случае внесения данных для застрахованных вне территории Ярославской области:

- медицинская организация в течение одного дня направляет по защищенному каналу Vip-net в Территориальный фонд ОМС Ярославской области (далее – ТФ ОМС ЯО) сканированные копии следующих документов:

документ, удостоверяющий личность, с адресом места жительства;

документ, подтверждающий регистрацию по месту жительства (пребывания) на территории Ярославской области, полис ОМС;

- ТФ ОМС ЯО вносит в течение одного рабочего дня с момента получения данные по пациенту в территориальный регистр застрахованных и извещает по сети Vip-net медицинскую организацию о завершении работ в части ввода информации;

- медицинская организация прикрепляет застрахованного в соответствии с его заявлением о прикреплении к врачебному участку.

3.2 Медицинская организация заполняет и распечатывает в медицинской информационной системе данные застрахованного лица в соответствии с бланком заявления о выборе (замене) медицинской организации, застрахованный проверяет правильность введенной информации подтверждает заявление подписью.

3.3 Застрахованный открепляется от предыдущей медицинской организации и прикрепляется в текущую МО в форме, где происходит печать заявления о выборе (замене) медицинской организации в медицинской организации, регистрирующей реализацию права застрахованного, при условии интеграции медицинской информационной системы с сервисом ТФОМС «Прикрепление застрахованных лиц к медицинской организации по территориально-участковому принципу».

3.4 Заявления о выборе медицинской организации хранятся в медицинской организации не менее трех лет от момента поступления с обеспечением их сохранности от повреждений и защиту содержащихся в них персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

IV Порядок передачи медицинской документации

4.1 Медицинской организации, от которой открепился застрахованный, посредством сервиса ТФОМС «Прикрепление застрахованных лиц к медицинской организации по территориально-участковому принципу»

доступен список открепившихся граждан с датой прикрепления и наименованием медицинской организации, куда он прикрепился.

4.5. После получения заявления медицинская организация, принявшая заявление, в течение 3 дней посредством почты, электронной почты направляет информацию об откреплении в медицинскую организацию, регистрирующую реализацию права застрахованного на выбор медицинской организации.

4.6 Медицинская организация, от которой открепился гражданин, обязана в течение 5 рабочих дней отметить в медицинской информационной системе признак передачи данных в медицинскую организацию, к которой прикрепился застрахованный, а также направить амбулаторную карту гражданина и акт приема-передачи в медицинскую организацию, в которой он будет наблюдаться.

4.6.1 В медицинскую организацию, находящуюся в пределах одного муниципального района Ярославской области, документы передаются в течение 5 рабочих дней.

4.6.2 В медицинскую организацию, находящуюся в другом муниципальном районе Ярославской области, документы передаются в течение 10 рабочих дней.

4.6.3 При переходе из одной медицинской организации в другую, расположенную в другом субъекте Российской Федерации, передача амбулаторной карты производится по запросу медицинской организации, принявшей заявление о выборе (замене) медицинской организации.

V Порядок взаимодействия между участниками обязательного медицинского страхования по прикреплению и учету застрахованных лиц

5.1 Медицинская организация осуществляет персонифицированный учет граждан, принятых на медицинское обслуживание по территориально-участковому принципу и прикреплению по выбору.

5.2. Учет граждан по территориально-участковому принципу и прикреплению по выбору осуществляет ответственное лицо медицинской организации, определенное приказом руководителя медицинской организации и имеющее доступ к персональным данным застрахованных граждан в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

5.3 Медицинская организация несет ответственность за своевременную актуализацию информации об адресах врачебных участков и медицинском персонале, закрепленном за участком, в сервисе ТФОМС «Прикрепление застрахованных лиц к медицинской организации по территориально-участковому принципу».

5.4 При необходимости добавления, удаления или переименования врачебного участка медицинская организация:

5.4.1. Направляет письмо в Департамент здравоохранения и фармации Ярославской области для получения разрешения о внесении изменений по участкам прикрепления;

5.4.2. После получения разрешения от ДЗиФ медицинская организация направляет в ТФ ОМС ЯО сканированную копию ответа от ДЗиФ и данные для внесения изменений в информационную систему ТФ ОМС ЯО по прикреплению;

5.5. ТФ ОМС ЯО вносит соответствующие изменения по прикреплению в свою информационную систему и направляют в медицинскую организацию уведомление о внесенных изменениях.

5.6 Ежемесячно, в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным, проходит сверка численности застрахованных лиц, принятых на медицинское обслуживание, по состоянию на первое число каждого месяца (Приложение №3).

5.7. Информационный обмен сведениями о прикреплении граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями осуществляется через базу данных ТФ ОМС ЯО с использованием интеграционных сервисов, **описание которых** утверждено директором ТФОМС от 28 декабря 2015г.

5.8. По результатам сверки страховая медицинская организация составляет с медицинской организацией акт сверки численности застрахованных лиц, принятых на медицинское обслуживание.

6. Страховая медицинская организация ежемесячно на 1 число месяца, следующего за отчетным, предоставляет в ТФ ОМС Ярославской области отчет «Сведения о количестве прикрепленных к медицинским организациям застрахованных лиц» в электронном виде (формат Excel) и на бумажном носителе, заверенный подписью руководителя страховой медицинской организации и оттиском мастичной печати.

7. Страховая медицинская организация несет ответственность за подлинность сведений о фактическом прикреплении застрахованных лиц, предоставленных в ТФ ОМС Ярославской области в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. Все спорные вопросы, возникающие между участниками обязательного медицинского страхования по учету застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, разрешаются в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Приложение № 1
к Порядку

Главному врачу _____

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выборе (замене) медицинской организации

Прошу прикрепить меня для получения первичной медико-санитарной помощи на _____ участке № ____ в _____
тип участка (наименование медицинской организации)

в связи с:

- | | |
|--|---|
| | 1) выбором другой медицинской организации, согласно статьи 21 Федерального Закона №323-ФЗ; |
| | 2) в связи со сменой регистрации по месту пребывания и выбытием за пределы района обслуживания медицинской организации (внутри Ярославской области); |
| | 3) в связи со сменой регистрации по месту пребывания и выбытием за пределы района обслуживания медицинской организации (из другого региона РФ в Ярославскую область); |
| | 4) первичным прикреплением на территории Российской Федерации |

Открепительный талон № _____ от _____ передан в текущую медицинскую организацию.

1. Сведения о застрахованном лице

1.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.3. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком «V»)

1.5. Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

1.6. Место рождения: _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.7. Вид документа, удостоверяющего личность _____

1.8. Серия _____ 1.9. Номер _____

1.10. Дата выдачи _____

1.11. Гражданство: _____
(название государства, лицо без гражданства)

1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

а) почтовый индекс

б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

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

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

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

к) дата регистрации по месту жительства _____

лицо без определённого места жительства

1.13. Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

а) почтовый индекс

б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

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

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

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации:

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) кем и когда выдан _____

1.15. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (пребывание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства): с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.16. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

(при наличии)

1.17. Полис обязательного медицинского страхования: страховая компания _____, серия _____, № _____

1.18. Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления _____

1.19. Контактная информация:

1.19.1. Телефон: код _____, домашний _____,

служебный _____, мобильный _____

1.19.2. Адрес электронной почты _____

2. Сведения о представителе:

2.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.3. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.4. Отношение к
застрахованному лицу,
сведения о котором мать отец иное (нужное отметить
знаком «V»)
указаны в заявлении:

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность _____

2.6. Серия _____ 2.7. Номер _____

2.8. Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

2.9. Контактный телефон: код _____, домашний _____
служебный _____, мобильный _____

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

4. С перечнем врачей-терапевтов, количеством граждан, выбравших
указанных медицинских работников, и сведениями о территориях
обслуживания (врачебных участках) ознакомлен(а).

5. С частью 1 статьи 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №
323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» о
том, что выбор медицинской организации по территориально-участковому
принципу, возможно не чаще чем один раз в год (за исключением случаев
изменения места жительства или места пребывания) ознакомлен(а).

(подпись застрахованного лица
(его представителя))

Дата: _____
(число, месяц, год)

Заявление принял: _____
(подпись представителя _____
медицинской организации) _____
(расшифровка подписи)

Прикрепление (не) произведено _____
(причина отказа)

№ врачебного участка _____

Дата: _____
(число, месяц, год)

Приложение № 2
к Порядку

Алгоритм формирования номера заявления о выборе (замене) медицинской организации:

- первый символ определяет тип заявления и равен «1»;
- второй и третий символы определяют медицинскую организацию в системе ОМС согласно справочника ТФ ОМС ЯО медицинских организаций;
- четвертый и пятый символы определяют текущий год;
- шестой и седьмой символы определяют порядковый номер месяца в году;
- восьмой и девятый символы определяют дату подачи заявления пациентом;
- десятый и одиннадцатый символы определяют порядковый номер обработанного за сегодня заявления

Пример: пациент подал свое заявление в ГУЗ «Поликлиника №3 им. Н.А. Семашко» 11 октября 2012 года и это заявление за эту дату второе, номер заявления будет выглядеть следующим образом: 1RA12101102.

Приложение № 3
к Порядку

Проверка страховой принадлежности
застрахованного к медицинской организации (МО).

Для проверки прикрепленных граждан в МО необходимо провести сверку данных о застрахованных и прикрепленных медицинской информационной системы (МИС) МО с данными о прикреплении в ТФ ОМС ЯО. По результатам сверки данных МИС и ЕРЗ возможны следующие варианты:

1. Застрахованный идентифицирован в ЕРЗ ЯО, прикреплен к данной МО, имеется заявление о прикреплении. Прикрепление подтверждается на основании заявления.
2. Застрахованный идентифицирован в ЕРЗ ЯО, прикреплен к данной МО, заявление о прикреплении отсутствует. Прикрепление подтверждается по территориально-участковому типу.
3. Застрахованный идентифицирован в ЕРЗ, но прикреплен к другой МО по территориально-участковому типу. В данной МО заявление о прикреплении у гражданина отсутствует. МО инициирует проверку адреса пациента в ЕРЗ, и открепляет в МИС от себя застрахованного, если адрес не соответствует территории обслуживания МО.
4. Застрахованный идентифицирован в ЕРЗ, но прикреплен к другой МО на основании заявления. В данной МО заявление о прикреплении у

гражданина отсутствует. МО открепляет в МИС от себя застрахованного.

5. Застрахованный не идентифицирован в ЕРЗ ЯО. В МО имеется заявление о прикреплении. МО информирует пациента о необходимости обратиться в страховую компанию по имеющимся данным в МО, подушевое финансирование МО не осуществляется.
6. Застрахованный не идентифицирован в ЕРЗ ЯО. МО открепляет в МИС от себя застрахованного.

| № п/п | Идентификация в ЕРЗ | Прикреплен в ЕРЗ в данную МО | Заявление о прикреплении | Действие |
|-------|---------------------|------------------------------|--------------------------|----------|
| 1. | Да | Да | Есть | + |
| 2. | Да | Да | Нет | + |
| 3. | да | нет | Нет | * |
| 4. | Да | Нет | Есть (в другую МО) | - |
| 5. | Нет | - | Есть | ** |
| 6. | нет | - | Нет | - |

* МО инициирует проверку адреса пациента в ЕРЗ, и открепляет в МИС от себя застрахованного, если адрес не соответствует территории обслуживания МО

** МО информирует пациента о необходимости обратиться в страховую компанию по имеющимся данным в МО, подушевое финансирование не осуществляется

Результатом проведения сверки является единая актуальная информация в ЕРЗ и МИС медицинских организаций в части:

1. количества, наименования и территории обслуживания врачебных участков;
2. данных (СНИЛС) медицинского персонала, закрепленного за участками;
3. прикрепления застрахованных к врачебным участкам, включая признак прикрепления (по заявлению или территориальному принципу).