

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ**

**ПРИКАЗ**

**от 21 сентября 2011 г. N СЭД-34-01-06-346**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ПРИКРЕПЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ К МЕДИЦИНСКИМ  
ОРГАНИЗАЦИЯМ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ**

В соответствии с пунктом 1.1 раздела V Программы государственных гарантий оказания населению Пермского края бесплатной медицинской помощи на 2011 год, утвержденной Законом Пермского края от 2 декабря 2010 г. N 713-ПК, и в целях обеспечения реализации права гражданина на выбор медицинской организации, а также на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача), приказываю:

1. Утвердить прилагаемый Порядок прикрепления населения к медицинским организациям для получения амбулаторно-поликлинической помощи.

2. Настоящий Приказ вступает в силу через 10 дней после дня его официального опубликования.

3. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на начальника управления по организации медицинской помощи и лекарственному обеспечению Министерства здравоохранения Пермского края Рожнева Е.В.

Министр  
Д.В. ТРИШКИН

**ПОРЯДОК  
ПРИКРЕПЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ  
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

1. Настоящий Порядок прикрепления населения к медицинским организациям для получения амбулаторно-поликлинической помощи (далее - Порядок) разработан в соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, Программой государственных гарантий оказания населению Пермского края бесплатной медицинской помощи, иными нормативными правовыми актами Пермского края и определяет на территории Пермского края порядок реализации гражданами права выбора медицинской организации, а также права выбора врача, в том числе врача общей практики (семейного врача), установленных законодательством Российской Федерации (далее - прикрепление).

2. Гражданин, застрахованный по обязательному медицинскому страхованию (далее - застрахованное лицо), прикрепляется к амбулаторно-поликлинической организации (за исключением стоматологических поликлиник) или к стационарно-поликлинической организации, имеющей в своем составе поликлиническое подразделение (за исключением женских консультаций) любой формы собственности, имеющим право на осуществление медицинской деятельности и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Пермского края, в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Организации, указанные в абзаце первом настоящего пункта, именуются далее медицинскими организациями.

3. Прикрепление застрахованного лица к медицинской организации осуществляется на основании заявления застрахованного лица по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку, поданного на имя руководителя медицинской организации.

Прикрепление к медицинской организации ребенка в возрасте до 18 лет включительно осуществляется на основании заявления по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку, поданного на имя руководителя медицинской организации одним из родителей или законным представителем ребенка.

Прикрепление к медицинской организации лица, признанного в соответствии с законодательством Российской Федерации недееспособным, осуществляется на основании заявления по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку, поданного на имя руководителя медицинской организации законным представителем указанного лица.

4. В медицинской организации, выбранной с учетом пункта 2 настоящего Порядка, застрахованное лицо осуществляет выбор врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) (далее - врач) с учетом согласия врача.

Выбор врача осуществляется путем подачи застрахованным лицом заявления на имя руководителя медицинской организации (за исключением случаев смены медицинской организации в случаях, установленных настоящим Порядком) по форме согласно приложению 1 или приложению 2 к настоящему Порядку.

В случае обращения застрахованного лица о замене врача руководитель медицинской организации должен содействовать выбору другого врача.

При отсутствии в заявлении о выборе медицинской организации (врача) сведений о выборе врача либо отсутствии такого заявления застрахованное лицо прикрепляется к врачу медицинской организацией без учета мнения застрахованного лица.

5. Прикрепление к медицинской организации осуществляется застрахованным лицом не чаще одного раза в календарный год (за исключением случая изменения места жительства застрахованного лица).

6. Прикрепление застрахованного лица к медицинской организации производится в день обращения застрахованного лица путем внесения медицинской организацией данных в единый регистр прикрепления к медицинским организациям застрахованных лиц.

7. Медицинская организация по заявлению застрахованного лица беспрепятственно прикрепляет застрахованное лицо, чье место жительства находится на территории обслуживания данной медицинской организации.

Распределение застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинской организации, по врачебным участкам (терапевтическим, педиатрическим, общей и семейной практики) осуществляется руководителем медицинской организации с учетом выбора застрахованными лицами врача в соответствии с пунктом 4 настоящего Порядка.

8. Медицинская организация прикрепляет застрахованное лицо при условии возможности оказания медицинской помощи по участковому принципу, в т.ч. обеспечения данной медицинской организацией обслуживания застрахованного лица на дому.

9. Медицинская организация вправе отказать застрахованному лицу в прикреплении (в сохранении прикрепления, предусмотренного пунктом 12 настоящего Порядка) в случае, если место жительства застрахованного лица находится вне территории обслуживания медицинской организации. Отказ оформляется письменно в течение пяти рабочих дней со дня подачи застрахованным лицом заявления.

10. Застрахованное лицо может быть прикреплено только к одной медицинской организации.

11. При отсутствии заявления, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, застрахованное лицо, чье место жительства находится на территории обслуживания медицинской организации, считается прикрепленным к данной медицинской организации.

12. При изменении места жительства застрахованное лицо должно прикрепиться к другой медицинской организации по новому месту жительства в соответствии с пунктом 3 настоящего Порядка либо сохранить прикрепление к прежней медицинской организации с соблюдением требований пункта 8 настоящего Порядка.

Со дня прикрепления застрахованного лица к другой медицинской организации застрахованное лицо автоматически открепляется от медицинской организации, к которой было прикреплено ранее, путем внесения медицинской организацией, к которой прикрепилось застрахованное лицо, данных в единый регистр прикрепления к медицинским организациям застрахованных лиц.

13. Медицинская организация обязана вести персонифицированный учет движения застрахованных лиц в порядке, установленном Министерством здравоохранения Пермского края. Для ведения персонифицированного учета используется региональная информационно-аналитическая медицинская система "ПроМед".

14. Заявления, указанные в пункте 3 настоящего Порядка, хранятся в медицинской организации не менее трех лет со дня поступления. Хранение заявлений обеспечивается в порядке, установленном медицинской организацией, обеспечивающем их сохранность от повреждений и защиту содержащихся в них персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приложение 1  
к Порядку  
прикрепления населения  
к медицинским организациям  
для получения амбулаторно-  
поликлинической помощи

ФОРМА

Главному врачу (руководителю)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о выборе медицинской организации (врача)

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)  
проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(адрес постоянного места жительства)  
застрахованный (-ая) по обязательному медицинскому страхованию в \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации)  
полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство,  
подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского страхования)  
выдан \_\_\_\_\_,  
(серия, номер) (дата выдачи)  
настоящим подтверждаю выбор \_\_\_\_\_,  
(наименование медицинской организации)  
а также участкового врача \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. врача-терапевта участкового,  
\_\_\_\_\_  
врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача)  
для получения первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу.

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Приложение 2  
к Порядку  
прикрепления населения  
к медицинским организациям  
для получения амбулаторно-  
поликлинической помощи

ФОРМА

Главному врачу (руководителю)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о выборе медицинской организации (врача)

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)  
являясь родителем (законным представителем \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка, гражданина,  
\_\_\_\_\_ признанного недееспособным)  
\_\_\_\_\_  
(реквизиты свидетельства о рождении/реквизиты документа, удостоверяющего  
\_\_\_\_\_ право законного представительства)  
проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(адрес постоянного места жительства)  
застрахованного(-ой) по обязательному медицинскому страхованию в \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации)  
полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство,  
подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского страхования)  
\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,  
(серия, номер) (дата выдачи)  
настоящим подтверждаю выбор \_\_\_\_\_,  
(наименование медицинской организации)  
а также участкового врача \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. врача-терапевта участкового,  
\_\_\_\_\_ врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача)  
для получения \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка, гражданина, признанного недееспособным)  
первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу.

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)