

Порядок о прикреплении населения к БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 3»

I. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок разработан с целью соблюдения территориально-участкового принципа организации оказания первичной медико-санитарной помощи обслуживаемому населению по признаку проживания (пребывания) на определенной территории.

1.2. При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи настоящий Порядок регулирует отношения, связанные с выбором гражданином медицинской организации, а также выбор врача с учетом согласия самого врача.

II. Территориально-участковый принцип оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи

2.1. Территориально-участковый принцип организации оказания первичной медико-санитарной помощи заключается в формировании групп обслуживаемого контингента по признаку проживания (пребывания) на территории, обслуживаемой БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 3».

2.2. 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.

2.3. В БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 3» могут быть организованы участки:

- педиатрический;
- терапевтический;
- врача общей практики (семейного врача).

2.4. Обслуживание населения на участках осуществляется:

- фельдшером;
- врачом-терапевтом участковым, медицинской сестрой участковой на терапевтическом участке;
- врачом общей практики (семейным врачом), помощником врача общей практики, медицинской сестрой врача общей практики на участке врача общей практики (семейного врача);

- врачом-педиатром.

2.5. Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет:

- на фельдшерском участке - 1300 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;

- на терапевтическом участке - 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности - 1300 человек взрослого населения);

- на участке врача общей практики - 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;

- на участке врача-педиатра – 800 человек детского населения.

III. Выбор гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

3.1. Выбор медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, осуществляется гражданином, 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 медицинскую помощь.

3.2. В целях обеспечения права граждан на выбор врача и медицинской организации допускается прикрепление граждан, проживающих либо зарегистрированных вне зоны обслуживания медицинской организации, к врачам-терапевтам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан (пункт 2.5 настоящего Положения).

3.3. Для выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им медицинскую организацию с письменным заявлением о выборе медицинской организации, прикреплении к БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 3» (приложение 2), которое содержит следующие сведения:

1). Наименование и фактический адрес медицинской организации;

2). Фамилия и инициалы руководителя медицинской организации;

3). Информация о гражданине:

- фамилия, имя, отчество (при наличии),

- дата рождения,

- место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника),

- место регистрации, дата регистрации,

- данные документа, удостоверяющего личность (паспорт/свидетельство о рождении – серия, номер, дата выдачи, кем выдан),
- СНИЛС,
- контактная информация.

4). Информация о представителе гражданина (в том числе законном представителе):

- фамилия, имя, отчество (при наличии);
- отношение к гражданину;
- данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, кем выдан),
- контактная информация.

5). Наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином;

б). Номер полиса обязательного медицинского страхования гражданина (когда выдан, дата окончания действия полиса, если указана).

В заявлении необходимо указать наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится или находился ранее на обслуживании на момент подачи заявления.

3.4. При подаче заявления о прикреплении 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 ребенка;
- СНИЛС

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

3). для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «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

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

8) для представителя гражданина, в том числе законного:

- документ, удостоверяющий личность и документ, подтверждающий полномочия представителя

9) в случае изменения места жительства - документ, подтверждающий факт изменения места жительства.

3.5. При выборе БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 3» для медицинского обслуживания, гражданин может получить информацию на официальном сайте, навигационных стендах, размещенных в фойе первого этажа поликлиники, в регистратуре о врачах-терапевтах участковых, врачах-педиатрах

участковых, врачах общей практики (семейных врачах) или фельдшерах, а также сведения о врачебных участках.

3.6. После получения заявления БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 3» в течение трех рабочих дней направляет письмо посредством почтовой связи, электронной связи о подтверждении информации, указанной в заявлении, в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления.

3.7. Медицинская организация, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления, в течение трех рабочих дней с момента получения письма, указанного в пункте 3.6 настоящего Порядка, направляет медицинскую документацию – амбулаторную карту ф. 025\у (или ее заверенную копию) в БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 3».

3.8. БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 3» информирует гражданина (его представителя) в письменной или устной форме (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о принятии гражданина на медицинское обслуживание.

3.9. Обмен информацией между Вологодским филиалом АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» и медицинскими организациями по вопросам учета прикрепленного населения осуществляется электронно 1-2 раза в месяц, а также информация о прикреплении по факту обновляется в ИС «РМИС ВО».

3.10. Выбор медицинской организации при оказании специализированной медицинской помощи в плановой форме осуществляется по направлению на оказание специализированной медицинской помощи, выданному лечащим врачом.

При выдаче направления лечащий врач обязан проинформировать гражданина о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание медицинской помощи с учетом сроков ожидания медицинской помощи.

В случае если гражданин выбирает медицинскую организацию, в которой срок ожидания специализированной медицинской помощи превышает срок ожидания медицинской помощи, установленный территориальной программой, лечащим врачом делается соответствующая отметка в медицинской документации.

3.11. Медицинская помощь в неотложной или экстренной форме оказывается гражданам по месту их временного проживания (пребывания) с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания.

В случае необходимости дальнейшего получения плановой первичной медико-санитарной помощи пациенту необходимо оформить заявление на прикрепление к медицинской организации

IV. Алгоритм действий при прикреплении гражданина к медицинской организации

4.1. Для совершения процедуры прикрепления к БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 3» гражданин должен обратиться регистратуру.

В регистратуре выдается для заполнения бланк заявления о прикреплении гражданина для медицинского обслуживания к БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 3» (Приложение 2).

4.2. Специалист регистратуры - регистратор сверяет информацию, указанную в заявлении с документами (раздел III настоящего Порядка).

Регистратор, техник регистратуры информирует пациента о времени обработки заявления и способе уведомления пациента о прикреплении к выбранной медицинской организации, участке, ФИО врача-терапевта участкового, ВОП, врача-врача-педиатра, фельдшера (по электронной почте, по телефону).

4.3. Сотрудники филиалов БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 3» (отделение общей врачебной практики Бывалово, офисы врачей общей практики (п. Лоста, ул. Архангельская, ул. Ловенецкого), клиничко-диагностическое отделение (ул. Беляева, 1а) принимают заявления от пациентов на прикрепление, проверяют данные документов удостоверяющих личность и др. Далее заявления перенаправляют в регистратуру поликлиники по адресу: г. Вологда, ул. Московская, 2а.

4.4. Регистратор ведет электронный журнал регистрации заявлений и учёта прикреплённого населения» (Приложение № 3).

4.5. Зарегистрированные в электронном журнале заявления граждан передаются на визирование главному врачу БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 3».

4.6. Руководитель медицинской организации определяет возможность прикрепления гражданина к поликлинике, дату прикрепления, участок обслуживания, и врача участка, либо указывает причину отказа в прикреплении.

4.7. Специалисты отдела АСУ передают сведения о пациентах прикрепившихся БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 3» в Вологодский филиал АО Страховая компания «СОГАЗ-Мед» и медицинские организации.

4.8. Ограничения в прикреплении может быть высокая нагрузка на выбранного пациентом врача-терапевта, ВОП, врача-педиатра, фельдшера, что не позволит эффективно и качественно выполнять свою работу.

Форма заявления на прикрепление к медицинской организации

Главному врачу
БУЗ ВО «Вологодская городская
поликлиника № 3»
А.Д. Кудрякову
от Ф.И.О. (законного представителя ребенка)

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

Адрес (регистрации) _____

Адрес (проживания) _____

Паспорт (свидетельство о рождении)

серия _____ № _____

Выдан (кем, дата выдачи) _____

Полис ОМС (наименование страховой
компании, дата выдачи, срок действия при
наличии) _____

СНИЛС _____

Контактный телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу прикрепить меня (моего ребенка) для медицинского обслуживания к
БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 3» (№ участка _____)

(наименование медицинской организации)

Дата _____

Подпись _____

**Журнал
регистрации и учета населения прикрепленного
к БУЗ ВО «Вологодская поликлиника № 3»**

№ п/п	Дата репления	Ф.И.О. пациента	Дата рождения (число, месяц, год)	Адрес проживания	Наименование и адрес БУЗ, где гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления	Приме- чание
1	2	3	4	5	6	7

ПАМЯТКА
для пациентов о прикреплении
к БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 3»

Для совершения процедуры прикрепления (открепления) гражданин обращается в регистратуру поликлиники для оформления заявления, которое содержит сведения:

- 1). Наименование и фактический адрес медицинской организации;
- 2). Фамилия и инициалы руководителя медицинской организации;
- 3). Информация о гражданине:
 - фамилия, имя, отчество (при наличии),
 - дата рождения,
 - место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника),
 - место регистрации, дата регистрации;
 - документ удостоверяющий личность (паспорт/свидетельство о рождении),
 - СНИЛС,
 - контактная информация.
- 4). Информация о представителе гражданина (в том числе законном представителе):
 - фамилия, имя, отчество (при наличии);
 - отношение к гражданину;
 - данные документа, удостоверяющего личность,
 - контактная информация.
- 5). номер полиса обязательного медицинского страхования гражданина;
- 6). наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином;

В заявлении необходимо указать наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится или находился ранее на обслуживании на момент подачи заявления.

При подаче заявления о прикреплении 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 ребенка;
 - СНИЛС
- 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

3). для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «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;

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;

8). в случае изменения места жительства - документ, подтверждающий факт изменения места жительства.

С приказом ознакомлен (а):

Овчарова М.Ю.

Лапшина З.А.

Аверочкина И.О.

Моисеева Н.В.

Пестова Е.С.

Дементьева И.В.