



ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНСТВО ВОЗДУШНОГО ТРАНСПОРТА
(РОСАВИАЦИЯ)

ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ЦЕНТРАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ»

П Р И К А З

30 января 2026

Москва

№

15

Об утверждении порядка выбора гражданином федерального бюджетного учреждения «Центральная клиническая больница гражданской авиации» в качестве медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

В соответствии с частью 1 статьи 21, статьи 16 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказом Минздрава России от 14.04.2025 г. № 216н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», в целях совершенствования порядка и условий прикрепления, а также учета граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить Порядок выбора гражданином федерального бюджетного учреждения «Центральная клиническая больница гражданской авиации» в качестве медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее-Порядок) (Приложение № 1 к настоящему приказу);
2. Признать утратившим силу приказ ЦКБ ГА от 21.06.2024 № 195 «Об утверждении порядка выбора гражданином федерального бюджетного учреждения «Центральная клиническая больница гражданской авиации» в качестве медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».
3. Канцелярии довести приказ до сведения заместителей главного врача, главной медицинской сестры, руководителей медицинских подразделений и поименованных в приказе лиц.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

Н.Б. Забродина

Порядок
выбора гражданином федерального бюджетного учреждения
«Центральная клиническая больница гражданской авиации» в качестве
медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках
программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи

1. Настоящий Порядок регулирует отношения, связанные с выбором гражданином, проживающим (пребывающим) в г. Москве и (или) получившим полис обязательного медицинского страхования в г. Москве, федерального бюджетного учреждения «Центральная клиническая больница гражданской авиации» (далее – ЦКБ ГА) в качестве медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - Программа).

2. Действие настоящего Порядка не распространяется на отношения по выбору ЦКБ ГА в качестве медицинской организации при оказании медицинской помощи военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицам, а также задержанным, заключенным под стражу, отбывающим наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста.

3. Выбор или замена ЦКБ ГА в соответствии с настоящим Порядком осуществляется гражданином, достигшим совершеннолетия (далее - гражданин) лично, или через своего представителя (в том числе законного представителя).

4. Для получения медицинской помощи в рамках Программы гражданин лично или через своего представителя (в том числе законного представителя) выбирает ЦКБ ГА, в том числе по территориально-участковому принципу, участвующую в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи г. Москвы (далее - территориальная программа), оказывающую первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилям, по которым Программой предусмотрен способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

5. Выбор ЦКБ ГА в качестве медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь в рамках Программы по профилю «стоматология», осуществляется гражданином, достигшим 18 лет лично или через своего представителя (в том числе законного представителя).

6. При выборе ЦКБ ГА для получения первичной медико-санитарной помощи, гражданин лично или через своего представителя (в том числе законного представителя) обращается с заявлением о выборе медицинской организации (далее - заявление) по форме согласно приложению № 1 к настоящему Порядку.

7. При выборе ЦКБ ГА для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» гражданин лично или через своего представителя (в том числе законного представителя) обращается с заявлением о выборе медицинской организации (далее - заявление) по форме согласно приложению № 2 к настоящему Порядку.

8. Для получения первичной медико-санитарной помощи и (или) первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» гражданин 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.

9. ЦКБ ГА (далее - медицинская организация, принявшая заявление) осуществляет учет прикрепленных граждан и несет ответственность перед страховыми медицинскими организациями и Московским городским фондом обязательного медицинского страхования (далее - МГФОМС) за недостоверность информации о прикреплении застрахованных лиц.

10. Заявление о выборе медицинской организации должно содержать следующие сведения:

1) наименование и фактический адрес медицинской организации, принявшей заявление;

2) фамилию и инициалы руководителя медицинской организации, принявшей заявление;

3) информацию о гражданине:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

место рождения;

гражданство;

страховой номер индивидуального лицевого счета в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (далее - СНИЛС) (при наличии);

реквизиты документа, удостоверяющего личность;

номер полиса обязательного медицинского страхования;

контактную информацию (номер телефона, адрес электронной почты (при наличии));

4) информацию о представителе гражданина (в том числе законном представителе):

фамилию, имя, отчество (при наличии);

реквизиты документа, удостоверяющего личность;

реквизиты документа, подтверждающего статус и полномочия представителя;

контактную информацию (номер телефона, адрес электронной почты (при наличии));

5) наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, которую гражданин выбрал для оказания медицинской помощи в рамках Программы до подачи заявления;

6) фамилию, имя, отчество (при наличии) выбранного врача (при наличии);

7) подтверждение факта ознакомления с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-специалистов соответствующего профиля, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников (при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» подтверждение факта ознакомления с перечнем врачей-специалистов соответствующего профиля, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников).

11. Заявление подается на бумажном носителе, путем личного обращения в отдел организации первичной медико-санитарной помощи ЦКБ ГА.

12. Сведения, указанные в заявлении, подаваемые на бумажном носителе, подтверждаются предъявлением оригиналов следующих документов или их заверенных копий:

1) для граждан Российской Федерации, достигших 18 лет:

документ, удостоверяющий личность;

полис обязательного медицинского страхования;

СНИЛС (при наличии);

2) для лиц достигших 18 лет, 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 федеральный орган исполнительной власти в сфере внутренних дел, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации;

полис обязательного медицинского страхования;

СНИЛС (при наличии);

3) для иностранных граждан старше 18 лет, 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);

4) для лиц без гражданства старше 18 лет, постоянно проживающих в Российской Федерации:

документ, выданный иностранным государством и 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);

5) для иностранных граждан старше 18 лет, 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;

СНИЛС (при наличии);

б) для лиц без гражданства старше 18 лет, временно проживающих в Российской Федерации:

документ, выданный иностранным государством и 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;

СНИЛС (при наличии);

7) для временно пребывающих на территории Российской Федерации в соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г. (далее - ЕАЭС), трудящихся иностранных граждан государств - членов ЕАЭС, а также работающих на территории Российской Федерации членов Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц (граждане государств - членов ЕАЭС, назначенные на должности директоров департаментов Евразийской экономической комиссии и заместителей директоров департаментов указанной комиссии), сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации (граждане государств - членов ЕАЭС, не являющихся должностными лицами, на основе заключаемых с ними трудовых договоров (контрактов):

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;

полис обязательного медицинского страхования;

СНИЛС (при наличии);

трудовой договор трудящегося иностранного гражданина государства - члена ЕАЭС;

отрывная часть бланка уведомления о прибытии иностранного гражданина или лица без гражданства в место пребывания или ее копия с указанием места и срока пребывания;

8) для представителя, в том числе законного представителя, гражданина:

документ, удостоверяющий личность;

документ, подтверждающий полномочия представителя (в том числе доверенность, оформленная в соответствии со статьей 185 Гражданского кодекса Российской Федерации), либо документ, удостоверяющий статус законного представителя;

9) в случае изменения места жительства - документ, подтверждающий факт изменения места жительства (в случае замены медицинской организации чаще одного раза в год).

13. После получения заявления медицинская организация, принявшая заявление, в течение двух рабочих дней рассматривает его и при принятии гражданина на обслуживание направляет информацию о принятии гражданина на обслуживание в рамках территориальной программы в уполномоченный законодательством Российской Федерации на ведение реестра медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, орган (далее - уполномоченный орган).

14. При осуществлении выбора медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, гражданин должен быть ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-специалистов соответствующего профиля, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников.

При осуществлении выбора медицинской организации, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология» гражданин должен быть ознакомлен с перечнем врачей-специалистов соответствующего профиля, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников.

15. Уполномоченный орган уведомляет медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании при оказании медицинской помощи в рамках Программы на момент подачи заявления, о снятии гражданина с медицинского обслуживания.

16. Оказание медицинской помощи по территориальной программе в медицинской организации, принявшей заявление, осуществляется в течение срока действия полиса обязательного медицинского страхования, установленного правилами обязательного медицинского страхования (для граждан Российской Федерации - бессрочно), либо до выбора гражданином в установленном порядке другой медицинской организации.

17. Выбор медицинской организации при оказании специализированной медицинской помощи в плановой форме в рамках территориальной программы

осуществляется по направлению на оказание специализированной медицинской помощи (далее - направление), выданному лечащим врачом медицинской организации, принявшей заявление, либо лечащим врачом медицинской организации по соответствующим профилям медицинской помощи.

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

19. На основании информации, указанной в пункте 18 настоящего Порядка, гражданин осуществляет выбор медицинской организации, в которую он должен быть направлен для оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме.

20. В случае, если гражданин выбирает медицинскую организацию, в которой срок ожидания специализированной медицинской помощи в плановой форме превышает срок ожидания медицинской помощи, установленный территориальной программой, лечащим врачом делается соответствующая отметка в медицинской документации с письменным подтверждением гражданина об информировании о сроках ожидания медицинской помощи в медицинской организации, выбранной им для оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме в рамках территориальной программы.

21. Сотрудник отдела организации первичной медико-санитарной помощи ЦКБ ГА, при оформлении заявления информирует гражданина о возможности прикрепления для получения первичной медико-санитарной помощи или первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» только к одной медицинской организации, по результатам ознакомления оформляет «Информированное согласие с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при выборе медицинской организации» по форме согласно приложению № 3 к настоящему Порядку и/или «Информированное согласие с условиями предоставления первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология»» по форме согласно приложению № 4 к настоящему Порядку.

Оформленное заявление в течение двух рабочих дней рассматривается заведующим консультативной поликлиникой ЦКБ ГА, либо лицом его замещающим и при принятии гражданина на обслуживание сотрудник отдела организации первичной медико-санитарной помощи его информирует о прикреплении к ЦКБ ГА либо об отказе в прикреплении с указанием мотивированной причины отказа, посредством почтовой связи, электронной связи, СМС-оповещения, иных способов.

Приложение № 1
к Порядку выбора гражданином федерального бюджетного
учреждения «Центральная клиническая больница гражданской
авиации» в качестве медицинской организации при оказании ему
медицинской помощи в рамках программы государственных
гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи,
утвержденному приказом ЦКБ ГА от _____ г. № _____

Федеральное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница
гражданской авиации» (ЦКБ ГА), г. Москва, Ивановское ш., д.7
Главному врачу ЦКБ ГА Забродиной Наталье Борисовне

От заявителя _____
(Ф.И.О. заявителя)

дата и место рождения: _____

гражданство: _____, пол: _____

документ, удостоверяющий личность: _____

место жительства: _____

место и дата регистрации: _____

телефон: _____

адрес электронной почты: _____

полис ОМС: серия _____ № _____

выдан _____

(наименование страховой медицинской организации)

СНИЛС (при наличии) _____

От представителя заявителя: _____
(Ф.И.О представителя)

реквизиты документа, подтверждающего статус и полномочия
представителя: _____

документ, удостоверяющий личность представителя: _____

телефон: _____

адрес электронной почты: _____

**Заявление
о выборе медицинской организации**

Я, _____ (Ф.И.О. заявителя),

Я, _____ (Ф.И.О. представителя),

являюсь представителем гражданина _____,
(Ф.И.О. гражданина)

_____ года рождения, пол: _____, место рождения: _____,

гражданство: _____, документ, удостоверяющий личность гражданина: _____

в соответствии с п. 5 Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему
медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания
гражданам медицинской помощи, утвержденного приказом Минздрава России от 14.04.2025 №
216н, выбираю федеральное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница
гражданской авиации» в качестве медицинской организации при оказании **первичной медико-**

санитарной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, расположенную по адресу: г. Москва, Ивановское ш., д.7.

Приложение:

1. Паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта/паспорт иностранного гражданина.

2. Полис обязательного медицинского страхования

3. СНИЛС (при наличии)

4. _____ (иные документы)

Вариант для представителя гражданина, в том числе законного.

3. Документ, удостоверяющий личность.

4. Документ, подтверждающий полномочия представителя.

«_____» _____ г.

Заявитель (представитель): _____ / _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Заявление рассмотрено:

Прикрепить с «_____» _____ 20__ года Участок № _____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи с _____

Заведующий
консультативной поликлиникой _____
(подпись) (ФИО)

«_____» _____ 20__ года

Приложение № 2
к Порядку выбора гражданином федерального бюджетного
учреждения «Центральная клиническая больница гражданской
авиации» в качестве медицинской организации при оказании ему
медицинской помощи в рамках программы государственных
гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи,
утвержденному приказом ЦКБ ГА от _____ г. № _____

Федеральное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница
гражданской авиации» (ЦКБ ГА), г. Москва, Ивановское ш., д.7
Главному врачу ЦКБ ГА Забродиной Наталье Борисовне

От заявителя _____
(Ф.И.О. заявителя)

дата и место рождения: _____
гражданство: _____, пол: _____
документ, удостоверяющий личность: _____

_____ место жительства: _____
_____ место и дата регистрации: _____
_____ телефон: _____
_____ адрес электронной почты: _____
_____ полис ОМС: серия _____ № _____
_____ выдан _____
(наименование страховой медицинской организации)

СНИЛС (при наличии) _____

От представителя заявителя: _____
(Ф.И.О представителя)

реквизиты документа, подтверждающего статус и полномочия
представителя: _____
документ, удостоверяющий личность представителя: _____

_____ телефон: _____
_____ адрес электронной почты: _____

**Заявление
о выборе медицинской организации**

Я, _____ (Ф.И.О. заявителя),
Я, _____ (Ф.И.О. представителя),
являюсь представителем гражданина _____,
(Ф.И.О. гражданина)

_____ года рождения, пол: _____, место рождения: _____,
гражданство: _____, документ, удостоверяющий личность гражданина: _____

в соответствии с п. 5 Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему
медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания
гражданам медицинской помощи, утвержденного приказом Минздрава России от 14.04.2025 №
216н, выбираю федеральное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница
гражданской авиации» в качестве медицинской организации при оказании **первичной**

специализированной медико-санитарной медицинской помощи по профилю «стоматология» в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, расположенную по адресу: г. Москва, Ивановское ш., д.7.

Приложение:

1. Паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта/паспорт иностранного гражданина.

2. Полис обязательного медицинского страхования

3. СНИЛС (при наличии)

4. _____ (иные документы)

Вариант для представителя гражданина, в том числе законного.

3. Документ, удостоверяющий личность.

4. Документ, подтверждающий полномочия представителя.

«_____» _____ г.

Заявитель (представитель): _____ / _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Заявление рассмотрено:

Прикрепить с «_____» _____ 20__ года Участок № _____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи с _____

Заведующий

консультативной поликлиники _____

(подпись)

(ФИО)

«_____» _____ 20__ года

к Порядку выбора гражданином федерального бюджетного учреждения «Центральная клиническая больница гражданской авиации» в качестве медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденному приказом ЦКБ ГА от _____ г. № _____

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

200

13

Приложение № 4

к Порядку выбора гражданином федерального бюджетного учреждения «Центральная клиническая больница гражданской авиации» в качестве медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденному приказом ЦКБ ГА от _____ г. № _____

**Информированное согласие
с условиями предоставления первичной специализированной
медико-санитарной помощи по профилю «стоматология»
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 ознакомлен ответственным сотрудником ЦКБ ГА в доступной для меня форме с перечнем врачей-стоматологов, врачей-стоматологов-терапевтов, врачей-стоматологов-хирургов, зубных врачей, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников.

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

Я проинформирован о возможности быть прикрепленным для получения первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» только к одной медицинской организации, оказывающей стоматологическую помощь в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ 20__ г.
(дата оформления)