

**Порядок  
прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС на территории города  
Москвы, к медицинским организациям, участвующим в реализации  
Территориальной программы обязательного медицинского страхования,  
оказывающим первичную медико-санитарную помощь, а также первичную медико-  
санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты  
медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования  
на прикрепившихся лиц**

**1. Общие положения**

1.1. Порядок прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС на территории города Москвы, к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, а также первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – Порядок прикрепления) регулирует вопросы взаимодействия участников ОМС, в части порядка прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС на территории города Москвы (далее – застрахованные лица), к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, а также первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – медицинские организации).

Действие настоящего Порядка прикрепления 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. Выбор или замена медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, а также первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», 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, и (или) первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», с заявлением о выборе медицинской организации (далее – заявление).

1.3. Для получения первичной медико-санитарной помощи и (или) первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология», 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 города Москвы (далее – РС ЕРЗЛ).

1.4. Для участников системы ОМС города Москвы РС ЕРЗЛ является уникальным источником информации при установлении (проверке) страховой принадлежности застрахованных лиц и данных об их прикреплении к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь и медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология».

1.5. Медицинская организация осуществляет учет прикрепленных застрахованных по ОМС и несет ответственность перед страховыми медицинскими организациями и Московским городским фондом обязательного медицинского страхования (далее – МГФОМС) за недостоверность информации о прикреплении застрахованных лиц.

## **2. Взаимоотношения застрахованных лиц и медицинских организаций**

2.1. Заявление о выборе застрахованным лицом медицинской организации подается от имени застрахованного лица или его представителя на имя руководителя медицинской организации по формам, установленным настоящим Порядком прикрепления (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:

2.3.1 Медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную помощь – 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).

2.3.2. Медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология» – с перечнем врачей специалистов и количеством граждан, выбравших данную медицинскую организацию, 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).

2.4. Медицинская организация должна проинформировать застрахованное лицо о возможности быть прикрепленным для получения первичной медико-санитарной помощи или первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» только к одной медицинской организации.

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

2.6. В течение 2-х рабочих дней с даты приема заявления медицинская организация осуществляет запрос в РС ЕРЗЛ для установления (проверки) страховой принадлежности застрахованного лица и прикрепления к медицинской организации.

2.7. Руководитель медицинской организации в сроки, установленные пунктами 7 – 9 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»:

2.7.1. При наличии в РС ЕРЗЛ информации о прикреплении застрахованного лица к другой медицинской организации по территориальному признаку, либо по заявлению, зарегистрированному в РС ЕРЗЛ более одного года назад, принимает решение о прикреплении застрахованного лица к медицинской организации. С даты принятия решения о прикреплении застрахованное лицо принимается на медицинское обслуживание.

2.7.2. При наличии в РС ЕРЗЛ информации о прикреплении застрахованного лица к другой медицинской организации по заявлению, зарегистрированному в РС ЕРЗЛ 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».

2.7.3. Информировывает застрахованное лицо (его 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.

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

2.8.1. Осуществляет сканирование и сохранение подписанного руководителем медицинской организации заявления о выборе медицинской организации.

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

2.9. После получения уведомления, указанного в пункте 2.8.2 настоящего Порядка прикрепления, медицинская организация, к которой застрахованное лицо имело прикрепление на момент подачи заявления, в течение трех рабочих дней направляет копию медицинской документации застрахованного лица в медицинскую организацию, принявшую заявление.

2.10. Застрахованные лица, прикрепленные к медицинским организациям по территориальному признаку, сохраняют прикрепление к данным медицинским

организациям до момента подачи ими заявления о выборе другой медицинской организации.

2.11. 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 2.8.2 настоящего Порядка прикрепления.

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

Заявления предъявляются медицинской организацией страховым медицинским организациям, МГФОМС при проведении контрольных мероприятий.

### **3. Взаимоотношения медицинских организаций, страховых медицинских организаций и МГФОМС**

Актуализация РС ЕРЗЛ и информационное взаимодействие в АИС ОМС между страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, а также первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющими способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по ОМС города Москвы, и МГФОМС осуществляется в режиме реального времени с использованием ресурсов веб-сервисов через общедоступную информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет».

Приложение 1  
к Порядку прикрепления и учета граждан,  
застрахованных по ОМС на территории города  
Москвы, к медицинским организациям,  
участвующим в реализации Территориальной  
программы обязательного медицинского  
страхования, оказывающим первичную медико-  
санитарную помощь, а также первичную медико-  
санитарную помощь по профилю «стоматология»,  
применяющих способ оплаты медицинской помощи  
по подушевому нормативу финансирования на  
прикрепившихся лиц

Руководителю медицинской организации

от гр. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_  
о выборе медицинской организации**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_,  
(число, месяц, год)

гражданство \_\_\_\_\_, пол мужской/женский (нужное подчеркнуть),

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к

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

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)

№ \_\_\_\_\_, выдан страховой медицинской организацией

В случае наличия временного свидетельства, даю согласие на регистрацию  
настоящего заявления в Региональном сегменте единого регистра застрахованных  
лиц города Москвы, с момента установления страховой принадлежности  
застрахованного лица.

Место регистрации: \_\_\_\_\_, дата регистрации: \_\_\_\_\_.

Место жительства (пребывания): \_\_\_\_\_  
(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса, отличного от адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации \_\_\_\_\_  
(наименование)

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

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося гражданина:

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_ .  
(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация \_\_\_\_\_ .

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания медицинской организацией мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам медицинской организации в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Медицинская организация имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять

профессиональную (служебную) тайну при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну следующим лицам:

\_\_\_\_\_

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.  
« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(подпись) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации  
заявления:

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

### **РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:**

Прикрепить с « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Участок № \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_.

Отказать в прикреплении в связи с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО)

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Получил копию  
заявления

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 2  
к Порядку прикрепления и учета граждан,  
застрахованных по ОМС на территории города  
Москвы, к медицинским организациям,  
участвующим в реализации Территориальной  
программы обязательного медицинского  
страхования, оказывающим первичную медико-  
санитарную помощь, а также первичную медико-  
санитарную помощь по профилю «стоматология»,  
применяющих способ оплаты медицинской помощи  
по подушевому нормативу финансирования на  
прикрепившихся лиц

Руководителю медицинской организации

от гр. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_  
о выборе медицинской организации**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_,  
(число, месяц, год)

гражданство \_\_\_\_\_, пол мужской/женский (нужное  
подчеркнуть),

представителем которого я являюсь: \_\_\_\_\_  
(попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и  
место выдачи документа, подтверждающего право  
представителя)

\_\_\_\_\_ ,  
\_\_\_\_\_ ,  
для оказания первичной медико-санитарной  
помощи к

\_\_\_\_\_ ,  
\_\_\_\_\_ ,  
(полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)

№ \_\_\_\_\_, выдан страховой медицинской организацией



---

В случае наличия у застрахованного лица, представителем которого я являюсь, временного свидетельства даю согласие на регистрацию настоящего заявления в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц города Москвы с момента установления страховой принадлежности застрахованного лица.

Место регистрации: \_\_\_\_\_, дата регистрации: \_\_\_\_\_.

Место жительства (пребывания): \_\_\_\_\_  
(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса, отличного от адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации \_\_\_\_\_  
(наименование)

---

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

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося гражданина:

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

---

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация \_\_\_\_\_.

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование персональных данных застрахованного лица, представителем которого я являюсь, и моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания медицинской организацией мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам медицинской организации в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Медицинская организация имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными

со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну. при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну следующим лицам:

\_\_\_\_\_

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(подпись) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации  
заявления:

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

#### **РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:**

Прикрепить с « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Участок № \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_.

Отказать в прикреплении в связи с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО)

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Получил копию  
заявления

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 3  
к Порядку прикрепления и учета граждан,  
застрахованных по ОМС на территории города  
Москвы, к медицинским организациям,  
участвующим в реализации Территориальной  
программы обязательного медицинского  
страхования, оказывающим первичную медико-  
санитарную помощь, а также первичную  
медико-санитарную помощь по профилю  
«стоматология», применяющих способ оплаты  
медицинской помощи по подушевому  
нормативу финансирования на прикрепившихся  
лиц

**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).

Я проинформирован о возможности быть прикрепленным для получения первичной медико-санитарной помощи только к одной медицинской организации.

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

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

«\_\_» \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)