

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 – 4).

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» или «Информированное согласие застрахованного лица с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» при выборе медицинской организации» по форме, установленной

настоящим Порядком прикрепления (приложения 5, 6).

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 для получения
первичной медико-санитарной помощи**

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 № _____, выдан страховой
медицинской организацией _____
« ____ » _____ года.

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 _____
(полное наименование медицинской организации)

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

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): 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 при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

« ____ » _____ 20 ____ года _____ (_____) (_____) (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 для получения
первичной медико-санитарной помощи**

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: _____.
(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность;

_____ в) 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 № _____, выдан страховой
медицинской организацией _____
« ____ » _____ года.

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 _____
(полное наименование медицинской организации)

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 при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

« ____ » _____ 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

Руководителю медицинской организации

от гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выборе медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология»

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 по профилю «стоматология»

к _____.
(полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования № _____, выдан страховой
медицинской организацией _____
« ____ » _____ года.

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 _____
(полное наименование медицинской организации)

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

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): 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 при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

« ____ » _____ 20 ____ года _____ (_____) (Ф.И.О.)

(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 4
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 для получения
первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология»

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: _____.
(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность;

в) попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право представителя)
для оказания первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» к _____

(полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования № _____, выдан страховой
медицинской организацией _____
« ____ » _____ года.

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 _____
(полное наименование медицинской организации)

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 при их обработке в
соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

« ____ » _____ 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 5
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)

Приложение 6
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 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 я в доступной для меня форме ознакомлен ответственным сотрудником данной медицинской организации с перечнем врачей специалистов и количеством граждан, выбравших данную медицинскую организацию.

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 по профилю «стоматология» только к одной медицинской организации.

(подпись)

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

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

« _____ Г.
(дата оформления)