

**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, применяющих способ
оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на
прикрепленное население**

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, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население (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, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население (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, 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, с заявлением о выборе медицинской организации (далее – заявление).

1.3. Для получения первичной медико-санитарной помощи, 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.

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 медицинской организацией 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).

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).

2.4. Медицинская организация должна проинформировать застрахованное лицо

о возможности быть прикрепленным только к одной медицинской организации.

2.5. 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.

2.6. 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»:

2.6.1. Принимает решение о прикреплении застрахованного лица к медицинской организации, либо о мотивированном отказе в прикреплении.

2.6.2. 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».

2.6.3. 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.

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

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

2.7.2. 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.

2.8. После получения уведомления, указанного в пункте 2.7.2 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.

2.9. Застрахованные лица, прикрепленные к медицинским организациям до утверждения настоящего Порядка прикрепления способом «по регистрации места жительства на территории обслуживания медицинской организации», сохраняют прикрепление к данным медицинским организациям до момента подачи ими заявления о выборе другой медицинской организации.

2.10. 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 2.7.2 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

3.1. Медицинская организация по каналам информационного взаимодействия АИС ОМС ежемесячно представляет в страховые медицинские организации перечень сведений о заявлениях застрахованных лиц, в отношении которых принято решение о прикреплении.

3.2. Страховые медицинские организации проводят проверку однозначности прикрепления застрахованного лица к медицинской организации, по результатам которой направляют по каналам информационного взаимодействия АИС ОМС в медицинскую организацию предварительный протокол о количестве застрахованных лиц, принятых к прикреплению и перечень застрахованных лиц, отклоненных от прикрепления (с указанием причин отказа).

3.3. Медицинские организации, получившие перечень застрахованных лиц, отклоненных от прикрепления, проводят уточнение сведений о прикреплении застрахованных лиц и направляют в страховые медицинские организации подтверждающую информацию о прикреплении застрахованных лиц, а также предоставляют, указанную в пункте 2.7.1 настоящего Порядка прикрепления, электронную копию заявления застрахованного лица.

3.4. МГФОМС по данным страховых медицинских организаций ежемесячно регистрирует сведения о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям по заявлениям и актуализирует РС ЕРЗЛ.

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, применяющих способ оплаты
медицинской помощи по подушевому нормативу
финансирования на прикрепленное население

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 _____.

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)
№ _____, 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)

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 _____ (_____) (Ф.И.О.)
(подпись)

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, применяющих способ
оплаты медицинской помощи по подушевому
нормативу финансирования на прикрепленное
население

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: _____.
(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 (временное свидетельство)
№ _____, 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, применяющих способ
оплаты медицинской помощи по подушевому
нормативу финансирования на прикрепленное
население

**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).

(подпись)

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

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

« _____ Г.

(дата оформления)