

Приложение 1
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
и Московского городского фонда
обязательного медицинского страхования
от «___» _____ 2023 г. № _____

**Регламент
прикрепления и учета граждан,
застрахованных по обязательному медицинскому страхованию
на территории города Москвы,
к медицинским организациям, участвующим в реализации
территориальной программы обязательного медицинского страхования,
оказывающим первичную медико-санитарную помощь,
а также первичную специализированную медико-санитарную помощь
по профилю «стоматология»,
применяющим способ оплаты медицинской помощи
по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц**

1. Общие положения

1.1. Регламент прикрепления и учета граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы, к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Территориальная программа ОМС) и оказывающим первичную медико –санитарную помощь, а также первичную специализированную медико –санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющим способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – Регламент), 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 ОМС, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, а также первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющим способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – Медицинские организации).

Действие настоящего Регламента не распространяется на правоотношения 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 специализированную 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 специализированную 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 специализированной 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 подсистеме «Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц города Москвы» автоматизированной информационной системы обязательного медицинского страхования (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 специализированную 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 согласно приложениям 1 и 2 к настоящему Регламенту.

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» (далее – приказ Минздравсоцразвития России № 406н).

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) или фельдшеров, 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 специализированную 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 обязана 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 с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при выборе медицинской организации» или «Информированное согласие с условиями предоставления первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» при выборе медицинской организации» по формам согласно приложениям 3 и 4 к настоящему Регламенту.

2.6. В течение **двух 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 Минздравсоцразвития России № 406н:

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, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования 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 почтовой связи, 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 в РС ЕРЗЛ, 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, а также в страховую медицинскую организацию, выбранную гражданином.

2.9. После получения уведомления, указанного в пункте 2.8.2 настоящего Регламента, 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 Регламента.

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 ОМС, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, а также первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющими способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, и МГФОМС осуществляется в режиме реального времени с использованием ресурсов веб-сервисов через информационно-телекоммуникационную сеть Интернет.

Приложение 1
к Регламенту прикрепления и учета граждан,
застрахованных по обязательному
медицинскому страхованию на территории
города Москвы, к медицинским
организациям, участвующим в реализации
территориальной программы обязательного
медицинского страхования, оказывающим
первичную медико-санитарную помощь,
а также первичную специализированную
медико-санитарную помощь по профилю
«стоматология», применяющим 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 № _____, выдан страховой
медицинской организацией _____

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 (указать): _____

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 (иного документа удостоверяющего личность), 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, оставляющие 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.

Копию заявления получил _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Приложение 2
к Регламенту прикрепления и учета граждан,
застрахованных по обязательному
медицинскому страхованию на территории
города Москвы, к медицинским
организациям, участвующим в реализации
территориальной программы обязательного
медицинского страхования, оказывающим
первичную медико-санитарную помощь,
а также первичную специализированную
медико-санитарную помощь по профилю
«стоматология», применяющим 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, дата 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 _____
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 (указать): _____ 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 (иного 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

Копию заявления получил _____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 3
к Регламенту прикрепления и учета граждан,
застрахованных по обязательному
медицинскому страхованию на территории
города Москвы, к медицинским
организациям, участвующим в реализации
территориальной программы обязательного
медицинского страхования, оказывающим
первичную медико-санитарную помощь,
а также первичную специализированную
медико-санитарную помощь по профилю
«стоматология», применяющим 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)

«__» _____ 20__ г.
(дата оформления)

Приложение 4
к Регламенту прикрепления и учета граждан,
застрахованных по обязательному
медицинскому страхованию на территории
города Москвы, к медицинским
организациям, участвующим в реализации
территориальной программы обязательного
медицинского страхования, оказывающим
первичную медико-санитарную помощь,
а также первичную специализированную
медико-санитарную помощь по профилю
«стоматология», применяющим способ
оплаты медицинской помощи
по подушевому нормативу финансирования
на прикрепившихся лиц

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 я в доступной для меня форме ознакомлен ответственным сотрудником данной медицинской организации с перечнем врачей-стоматологов, врачей-стоматологов-терапевтов, врачей-стоматологов-хирургов, врачей-стоматологов детских, зубных врачей, с 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, 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)