

**ПОРЯДОК
ПРИКРЕПЛЕНИЯ И УЧЕТА ГРАЖДАН, ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО ОМС,
К ГОСУДАРСТВЕННЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА
МОСКВЫ, ОКАЗЫВАЮЩИМ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ**

1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок регулирует вопросы взаимоотношений граждан, застрахованных по ОМС (далее - застрахованные лица), и государственных учреждений здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы (далее - Городские поликлиники).

Действие настоящего Порядка 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. Оказание населению первичной медико-санитарной помощи осуществляется по участковому принципу территориальному населению в соответствии с [приказом](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.08.2006 N 584 "О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу".

1.3. К территориально прикрепленному населению относятся застрахованные лица, проживающие на территории обслуживания Городской поликлиники, в соответствии с паспортами участков и с учетом критериев территориальной (в том числе транспортной) доступности первичной доврачебной, первичной врачебной и неотложной медико-санитарной помощи.

1.4. Фактически прикрепленными являются застрахованные лица, проживающие вне территории обслуживания данной Городской поликлиники и воспользовавшиеся правом выбора медицинского учреждения и врача (с его согласия) в соответствии с действующим законодательством.

1.5. Оказание первичной доврачебной, первичной врачебной и неотложной медико-санитарной помощи фактически прикрепленному населению осуществляют территориальные Городские поликлиники.

1.6. Городская поликлиника осуществляет учет прикрепленных застрахованных лиц и несет ответственность перед СМО и МГФОМС за достоверность информации о прикреплении граждан.

2. Взаимоотношения застрахованных лиц и Городских поликлиник

2.1. Застрахованное лицо считается прикрепленным по территориальному принципу до момента реализации им права выбора другой Городской поликлиники.

2.2. Право на выбор застрахованным лицом Городской поликлиники и врача (с его согласия) реализуется путем подачи заявления от своего имени или от имени своего законного представителя на имя ее руководителя по установленной настоящим порядком

форме ([приложения 1, 2](#)), которая содержит следующие сведения:

- наименование и фактический адрес медицинской организации, принявшей заявление;
- фамилия и инициалы руководителя медицинской организации, принявшей заявление;
- информация о гражданине (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, место жительства, место регистрации, дата регистрации, контактная информация);
- информация о представителе гражданина (фамилия, имя, отчество, отношение к гражданину, контактная информация);
- номер полиса обязательного медицинского страхования гражданина;
- наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином;
- наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления.

2.3. При осуществлении выбора Городской поликлиники застрахованное лицо должно быть ознакомлено с перечнем врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых (врачей общей практики), с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

2.4. При подаче заявления предъявляются оригиналы следующих документов:

2.4.1. Для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:

- свидетельство о рождении;
- документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;
- документ обязательного медицинского страхования, выданный ребенку.

2.4.2. Для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:

- паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта;
- документ обязательного медицинского страхования.

2.4.3. Для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным [законом "О беженцах"](#):

- удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца, поданной в Федеральную миграционную службу, с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации;
- документ обязательного медицинского страхования.

2.4.4. Для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
- вид на жительство;
- документ обязательного медицинского страхования.

2.4.5. Для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:

- документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
- вид на жительство;
- документ обязательного медицинского страхования.

2.4.6. Для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;
- документ обязательного медицинского страхования.

2.4.7. Для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:

- документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;

- документ обязательного медицинского страхования.

2.4.8. Для представителя гражданина, в том числе законного:

- документ, удостоверяющий личность, и документ, подтверждающий полномочия представителя.

2.4.9. В случае изменения места жительства:

- документ, подтверждающий факт изменения места жительства.

2.4.10. В случае изменения фамилии (имени, отчества):

- документ, подтверждающий факт изменения фамилии (имени, отчества);
- документ обязательного медицинского страхования на измененную фамилию (имя, отчество).

2.5. После получения заявления лицо, уполномоченное Городской поликлиникой, принявшей заявление, в течение двух рабочих дней направляет письмо посредством почтовой связи, электронной связи о подтверждении информации, указанной в заявлении, в Городскую поликлинику, в которой застрахованное лицо находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления.

2.6. Лицо, уполномоченное Городской поликлиникой, в которой застрахованное лицо находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, в течение двух рабочих дней с момента получения письма, указанного в п. 2.5 настоящего Порядка, направляет соответствующую информацию письмом посредством почтовой связи, электронной связи в Городскую поликлинику, принявшую заявление.

2.7. В течение двух рабочих дней после подтверждения Городской поликлиникой, в которой застрахованное лицо находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, информации, указанной в заявлении, руководитель медицинской организации, принявшей заявление, информирует застрахованное лицо (его представителя) в письменной или устной форме (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о принятии на медицинское обслуживание.

2.8. В течение трех рабочих дней после информирования застрахованного лица о принятии его на медицинское обслуживание лицо, уполномоченное Городской поликлиникой, принявшей заявление, направляет в Городскую поликлинику, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, Уведомление о принятии застрахованного на медицинское обслуживание. Городская поликлиника направляет в страховую медицинскую организацию города Москвы, выдавшую (зарегистрировавшую) документ ОМС в порядке, установленном Временным регламентом ведения в АИС ОМС сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям города Москвы, и в страховую медицинскую организацию, выбранную гражданином, уведомление о принятии застрахованного лица на медицинское обслуживание и вносит в базу данных застрахованных лиц.

2.9. После получения уведомления, указанного в п. 2.8 настоящего Порядка, Городская поликлиника, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, в течение трех рабочих дней снимает гражданина с

медицинского обслуживания и направляет копию медицинской документации гражданина в Городскую поликлинику, принявшую заявление. Городская поликлиника, снявшая гражданина с учета, направляет в страховую организацию города Москвы, выдавшую (зарегистрировавшую) документ ОМС, уведомление о снятии с учета в порядке, установленном Временным регламентом ведения в АИС ОМС сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям г. Москвы.

2.10. В случае если выявлено, что гражданин прикреплен к нескольким Городским поликлиникам, то руководитель территориальной Городской поликлиники обязан организовать встречу с гражданином, разъяснить ему его права и действующее законодательство. В результате гражданин должен изъявить свою волю и определить Городскую поликлинику, к которой он будет прикреплен в соответствии с положениями настоящего Порядка.

2.11. В случае невозможности прикрепления застрахованного лица руководитель Городской поликлиники указывает в заявлении мотивированную причину отказа.

3. Взаимоотношения Городской поликлиники и страховой медицинской организации

3.1. Городская поликлиника ежемесячно представляет в страховую медицинскую организацию перечень застрахованных, состоящих на учете учреждения. Передача данных проводится по АИС ОМС в срок и в порядке, установленном Временным регламентом ведения в АИС ОМС сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям города Москвы, разработанным в соответствии с п. 3 настоящего приказа.

3.2. Страховая медицинская организация проводит проверку однозначности прикрепления застрахованного к одной Городской поликлинике и направляет по АИС ОМС в Городскую поликлинику предварительный протокол о принятом списке прикрепленных застрахованных и перечень застрахованных, прикрепленных к двум и более Городским поликлиникам (при выявлении).

3.3. Городские поликлиники, получившие протокол с уведомлением о конфликте в сведениях о прикреплении застрахованного, проводят урегулирование возникшего конфликта и в срок и в порядке, установленном Временным регламентом ведения в АИС ОМС сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям города Москвы, предоставляют в страховую медицинскую организацию сведения о снятии с обслуживания указанных застрахованных.

3.4. Городская поликлиника оформляет Акт сверки по согласованному со СМО списку прикрепленных застрахованных.

Страховая медицинская организация ежемесячно в срок и в порядке, установленном Временным регламентом ведения в АИС ОМС сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям города Москвы, представляет в МГФОМС акты сверки, согласованные с Городскими поликлиниками, и перечень застрахованных, состоящих на учете учреждений (в электронном виде).

Приложение 1
к Порядку прикрепления
застрахованных лиц к
государственным учреждениям
здравоохранения города Москвы,
оказывающим первичную
медико-санитарную помощь

Главному врачу

От гр.

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
дата рождения _____, пол _____ мужской/женский _____,
число, месяц, год _____, _____
нужное
подчеркнуть

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к

_____ (полное название медицинской организации)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) N _____, выдан
страховой медицинской организацией _____
"___" _____ года.

Домашний адрес: _____
по постоянной регистрации, по временной регистрации,
по месту фактического проживания без регистрации
(нужное подчеркнуть)

Место регистрации: _____ дата регистрации _____

Прикреплен к медицинской организации _____
(наименование)

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

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность _____):
серия _____ N _____, выдан "___" _____ год _____

_____ (наименование органа, выдавшего документ)

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

С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по
участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен

"___" _____ 20__ года Личная подпись _____ (_____) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "___" _____ 20__ года _____:

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с "01" _____ 20__ года Участок N _____ Врач - _____
Отказать в прикреплении в связи _____

_____ (подпись) _____ (ФИО главного врача)

"___" _____ 20__ года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на
руки

"___" _____ 20__ г. Получил копию заявления _____ (подпись) _____ (ФИО)

Приложение 2
к Порядку прикрепления
застрахованных лиц к
государственным учреждениям
здравоохранения города Москвы,
оказывающим первичную
медико-санитарную помощь

Главному врачу

От гр.

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
прошу прикрепить гражданина _____

(Ф.И.О. полностью)
дата рождения _____, пол _____ мужской/женский _____
число, месяц, год _____ нужное
подчеркнуть

законным 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 законного представителя)
для оказания первичной медико-санитарной помощи к _____

(полное название медицинской организации)
Страховой медицинский полис (временное свидетельство): N _____
выдан страховой медицинской организацией _____
"___" _____ года.

Домашний адрес _____
по постоянной регистрации, по временной регистрации,
по месту фактического проживания без регистрации
(нужное подчеркнуть)

Место регистрации: _____ дата регистрации _____

Прикреплен к медицинской организации _____

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

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий
личность _____ регистрирующегося гражданина: серия _____ N _____,
выдан "___" _____ года _____
(наименование органа, выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи гражданином, законным представителем
которого я являюсь, и согласие на использование его персональных данных при
их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской
Федерации

С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по
участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен

"___" _____ 20___ года Личная подпись _____ (_____)
(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "___" _____ 20___ года _____:

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с "01" _____ 20__ года Участок N ____ Врач - _____
Отказать в прикреплении в связи _____

(подпись) (ФИО главного врача)

"__" " _____ 20__ года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки

"__" " _____ 20__ г. Получил копию заявления _____
(подпись) (ФИО)
