



КонсультантПлюс
надежная правовая поддержка

Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы, МГФОМС от 27.04.2015 N 335/142 "Об утверждении Регламента прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, с использованием ЕМИАС"

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: 11.02.2016

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ
от 27 апреля 2015 г. N 335/142

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ РЕГЛАМЕНТА ПРИКРЕПЛЕНИЯ И УЧЕТА ГРАЖДАН,
ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО ОМС, К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ,
ОКАЗЫВАЮЩИМ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ И
ВКЛЮЧЕННЫМ В РЕЕСТР МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ,
ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ОМС
ГОРОДА МОСКВЫ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЕМИАС**

В соответствии со [статьей 21](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", [статьей 16](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", [приказом](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи", в целях реализации права выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи, обеспечения ведения учета сведений о прикреплении граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию (далее - ОМС), к медицинским организациям, приказываем:

1. Утвердить и ввести в действие с 1 мая 2015 г. [Регламент](#) прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, с использованием ЕМИАС (далее - Регламент), согласно приложению к настоящему приказу.

2. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, организовать работу по реализации права гражданина на выбор медицинской организации для оказания ему медицинской помощи в рамках [программы](#) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и ведению учета сведений о прикреплении граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям, в соответствии с вышеуказанным [Регламентом](#).

3. Считать утратившим силу [приказ](#) Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 5 октября 2012 г. N 1067/147 "Об утверждении Порядка прикрепления граждан, застрахованных по ОМС, к государственным учреждениям здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь".

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Н.Н.Потекаева и заместителя директора Московского городского фонда обязательного медицинского страхования - начальника Управления организации ОМС Г.А.Турина.

Министр Правительства Москвы,
руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы
А.И.ХРИПУН

Директор Московского
городского фонда обязательного
медицинского страхования
В.А.ЗЕЛЕНСКИЙ

Приложение
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы и
Московского городского фонда
обязательного медицинского страхования
от 27 апреля 2015 г. N 335/142

**РЕГЛАМЕНТ
ПРИКРЕПЛЕНИЯ И УЧЕТА ГРАЖДАН, ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО ОМС,
К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ, ОКАЗЫВАЮЩИМ ПЕРВИЧНУЮ
МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ И ВКЛЮЧЕННЫМ В РЕЕСТР
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
В СФЕРЕ ОМС ГОРОДА МОСКВЫ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЕМИАС**

1. Общие положения

1.1. Настоящий 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 государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население (далее - медицинские организации).

Действие настоящего Регламента 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. Медицинские организации на основании поданных заявлений регистрируют прикрепление застрахованных лиц с использованием функциональных возможностей автоматизированной информационной системы города Москвы "Единая медицинская информационно-аналитическая система города Москвы" (далее - ЕМИАС).

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 Регламентом ([приложения 1, 2](#)).

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: приказ Минздравсоцразвития России N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" издан 26.04.2012, а не 26.05.2012.

2.2. При подаче заявления предъявляются оригиналы документов в соответствии с [пунктом 5](#) приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 мая 2012 г. N 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 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 ресурсов 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 Регламентом (приложение 3).

2.4. Медицинская организация должна проинформировать застрахованное лицо о возможности быть прикрепленным только к одной медицинской организации.

2.5. В день приема заявления медицинская организация с использованием функциональных возможностей ЕМИАС 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 мая 2012 г. N 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. Регистрирует с использованием функциональных возможностей ЕМИАС информацию о прикреплении застрахованного лица (об отказе в прикреплении), 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 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. При наличии в ЕМИАС электронной медицинской карты застрахованного лица копия медицинской документации застрахованного лица не пересылается (в части сведений, содержащихся в электронной медицинской карте).

2.9. В случае, если застрахованное лицо на момент подачи заявления имело прикрепление к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, не входящей в государственную систему здравоохранения города Москвы, медицинская организация, принявшая заявление, осуществляет взаимодействие с указанной медицинской организацией в порядке, определенном в приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 мая 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи".

2.10. Застрахованному лицу предоставляется возможность самостоятельной записи на прием к врачам по специальностям, установленным приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 20 декабря 2012 г. N 1470 "Об оптимизации работы по ведению записи на прием к врачу в электронном виде", в той медицинской организации, к которой указанное застрахованное лицо имеет прикрепление.

2.11. В выбранной медицинской организации застрахованное лицо прикрепляется к участкам обслуживания в соответствии с установленным в данной медицинской организации распределением населения по участкам обслуживания в целях максимального обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи и соблюдения иных прав граждан.

2.12. Застрахованное лицо в выбранной медицинской организации имеет право осуществить выбор или замену не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) с учетом согласия врача, с соответствующим выбором или заменой участка обслуживания.

2.13. Застрахованные лица, прикрепленные к медицинским организациям до утверждения настоящего Регламента 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.

2.14. 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 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

3.1. Медицинские организации с использованием функциональных возможностей ЕМИАС, по каналам информационного взаимодействия, посредством автоматизированной информационной системы обязательного медицинского страхования города Москвы (далее - АИС ОМС), представляют в страховые медицинские организации перечень сведений о заявлениях застрахованных лиц, в отношении которых принято решение о прикреплении.

3.2. Обмен данными между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями с использованием функциональных возможностей ЕМИАС и АИС ОМС осуществляется в соответствии с "Порядком информационного взаимодействия между участниками обязательного медицинского страхования в автоматизированной информационной системе обязательного медицинского страхования г. Москвы", утвержденным МГФОМС, и "Регламентом ведения в АИС ОМС сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям г. Москвы", утвержденным МГФОМС.

Приложение 1
к Регламенту прикрепления и учета
граждан, застрахованных по ОМС, к
медицинским организациям государственной
системы здравоохранения города Москвы,
оказывающим первичную медико-санитарную
помощь и включенным в реестр медицинских
организаций, осуществляющих деятельность в
сфере ОМС города Москвы, с использованием
ЕМИАС, утвержденному приказом Департамента
здравоохранения города Москвы и
Московского городского фонда
обязательного медицинского страхования
от 27 апреля 2015 г. N 335/142

Руководителю медицинской организации

от гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ N _____
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)
N _____, 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 _____
(наименование)

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

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия _____ N _____,
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 N ____ 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 Регламенту прикрепления и учета
граждан, застрахованных по ОМС, к
медицинским организациям государственной
системы здравоохранения города Москвы,
оказывающим первичную медико-санитарную
помощь и включенным в реестр медицинских
организаций, осуществляющих деятельность в
сфере ОМС города Москвы, с использованием
ЕМИАС, утвержденному приказом Департамента
здравоохранения города Москвы и
Московского городского фонда
обязательного медицинского страхования
от 27 апреля 2015 г. N 335/142

Руководителю медицинской организации
от гр. _____
_____ (Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ N _____
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)
N _____, 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 _____
(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 _____ N _____, 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 N _____ 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 Регламенту прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, с использованием ЕМИАС, утвержденному приказом Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 27 апреля 2015 г. N 335/142

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)