

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
«ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 3 ДЕПАРТАМЕНТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ»

П Р И К А З

07.02.2020

№ 4-п

**О порядке прикрепления застрахованных лиц
к ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ»**

В соответствии с частью 1 статьи 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи», приказа Департамента здравоохранения г. Москвы и МГФОМС от 27.04.2015 № 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», приказа Департамента здравоохранения г. Москвы, МГФОМС от 31.07.2015 № 647/261 (ред. от 21.08.2018) «Об утверждении Регламента предоставления услуги «Прикрепление граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь», в электронной форме», приказа Департамента здравоохранения г. Москвы от 09.12.2019 № 1057 «О

типовых формах информированного согласия на обработку и передачу персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Назначить ответственным за реализацию мероприятий по прикреплению застрахованных лиц к ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» начальника справочно-информационного отдела.

2. Начальнику справочно-информационного отдела обеспечить размещение информации об организации приема заявлений и порядке прикрепления к ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» на информационных стендах в зданиях поликлиники, а также контроль за предоставлением справочной информации по прикреплению администраторами колл-центра.

3. Установить график работы ответственных за реализацию мероприятий по прикреплению застрахованных лиц к ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» с понедельника по пятницу с 09:00 до 17:00.

4. Утвердить:

4.1 Порядок прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» (Приложение № 1).

4.2 Бланк заявлений о выборе медицинской организации и информированного согласия с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при выборе медицинской организации (Приложение № 2).

4.3 Журнал регистрации заявлений (Приложение № 3).

4.4 Бланк запроса в городские поликлиники (Приложение № 4).

4.5 Уведомление в городские поликлиники (Приложение № 5).

4.6. Регламент предоставления услуги «Прикрепление граждан, застрахованных по ОМС, к ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ», оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в электронной форме (Приложение № 6).

4.7. Типовую форму информированного согласия на обработку и передачу персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну (Приложение № 7).

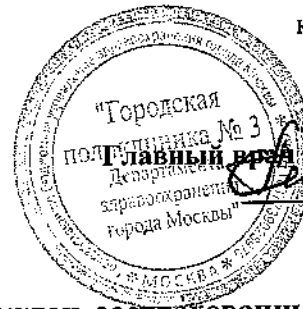
5. Системному администратору Сластенко В.А. обеспечить размещение актуальной информации о порядке прикрепления граждан к ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» и об организации приема заявлений на официальном сайте поликлиники.

6. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач



Е.А. Самышина



Утверждаю
Главный врач ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ»
Е.А. Самышина

**Регламент прикрепления и учёта граждан, застрахованных по ОМС,
к ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ», оказывающей первичную медико-санитарную помощь и
включённой 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 ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ», оказывающей первичную медико-санитарную помощь и включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население.

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, 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. ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» 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. ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» 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).

2.2. При подаче заявления предъявляются оригиналы документов в соответствии с пунктом 5 приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 № 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 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 Регламентом (приложение 3).

2.4. ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» должна проинформировать застрахованное лицо о возможности быть прикрепленным только к одной медицинской организации.

2.5. В день приема заявления ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» 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 ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» в сроки, установленные пунктами 7-9 приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 № 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 ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» 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 ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» 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 ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» либо об отказе в прикреплении с указанием мотивированной

причины отказа. По требованию застрахованного лица (его представителя) на руки выдается копия заявления с решением руководителя ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ», заверенная в установленном порядке.

2.7. Лицо, уполномоченное ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ», 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 ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» заявления о выборе медицинской организации.

2.7.2. В случае если застрахованное лицо на момент подачи заявления имело приращение к другой медицинской организации, направляет посредством электронной связи или иным способом в указанную медицинскую организацию уведомление о приращении застрахованного лица к ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ», принявшей заявление.

2.8. После получения уведомления, указанного в пункте 2.7.2 настоящего Регламента, медицинская организация, к которой застрахованное лицо имело приращение на момент подачи заявления, в течение трех рабочих дней направляет копию медицинской документации застрахованного лица в ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ», 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 приращение 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, ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ», принявшая заявление, осуществляет взаимодействие с указанной медицинской организацией в порядке, определенном в приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 № 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. № 1470 «Об оптимизации работы по ведению записи на прием к врачу в электронном виде», в ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ», к которой указанное застрахованное лицо имеет приращение.

2.11. В ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» 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 ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» 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 ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» до утверждения настоящего Регламента способом «по регистрации места жительства на территории обслуживания медицинской организации», сохраняют приращение к ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» до момента подачи ими заявления о выборе другой медицинской организации.

2.14. Заявления с результатами их рассмотрения подлежат учету и хранению в ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» 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 ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ», хранится в данной медицинской организации в течение трех лет с даты получения уведомления, указанного в пункте 2.7.2 настоящего Регламента.

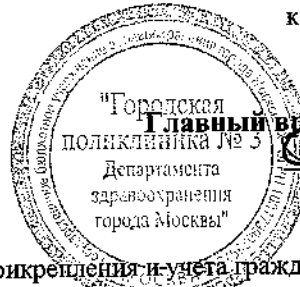
Заявления, содержащие мотивированный отказ в прикреплении, хранятся в ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» в течение трех лет с даты получения заявления.

Заявления предъявляются ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» страховым медицинским организациям, МГФОМС при проведении контрольных мероприятий.

3. Взаимоотношения ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ», страховых медицинских организаций и МГФОМС

3.1. ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» 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 ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» 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.



Утверждаю

Е.А. Самышина

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

Главному врачу
ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ»
Е.А. Самышиной

от гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выборе медицинской организации

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество полностью)
дата рождения «__» _____ 20__ г., пол мужской/женский (нужное подчеркнуть),
прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к ГБУЗ «ГП
№ 3 ДЗМ».
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 _____
(наименование)
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 _____ (_____) (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 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

Главному врачу
ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ»
Е.А. Самыпиной

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 ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ».
(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 _____
(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 _____ № _____,
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 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 ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ»
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)

Приложение № 4
к приказу от 07.02.2020 № 4-п



Утверждаю
Главный врач БУЗ "ГП № 3 ДЗМ"
Е.А. Самышина

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ
"ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 3
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ"

Ермолаевский пер., 22/26, стр. 1, 2
г. Москва, 123001
телефон (495) 650-14-30
E-mail gp3@zdrav.mos.ru

№ _____
на _____ № _____

ЗАПРОС

Прошу Вас подтвердить информацию, содержащуюся в прилагаемом(ых)
Заявлении(ях) о выборе медицинской организации.

Главный врач

Е.А. Самышина



Утверждаю
Е.А. Самышина
Е.А. Самышина

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ
"ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 3
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ"

Ермолаевский пер., 22/26, стр. 1, 2
г. Москва, 123001
телефон (495) 650-14-30
E-mail gp3@zdrav.mos.ru

№ _____
на _____ № _____

УВЕДОМЛЕНИЕ

Настоящим уведомляем Вас о том, что гражданин _____

(Фамилия, имя, отчество полностью)

дата рождения « ____ » _____ 20__ г., пол мужской/женский (нужное подчеркнуть),
страховой медицинский полис (временное свидетельство) № _____,
выдан страховой медицинской организацией _____
« ____ » _____ 20__ года, решением Главного врача ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» от « ____ » _____
20__ года прикреплен для оказания первичной медико-санитарной помощи к ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ»
с «01» _____ 20__ года.

приказа Департамента здравоохранения г. Москвы и МГФОМС от 27.04.2015 № 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 с Приказом Департамента здравоохранения города Москвы и МГФОМС от
27.04.2015 года №335/142 прошу Главного врача _____

_____ (наименование Городской поликлиники)

организовать подготовку и передачу копий медицинской документации гражданина _____

(Фамилия, имя, отчество полностью)

в ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ».

Главный врач

Е.А. Самышина

**Регламент предоставления услуги
«Прикрепление граждан, застрахованных по ОМС,
к ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ», оказывающей первичную медико-санитарную помощь,
в электронной форме**

1. Общие положения

1.1. Регламент предоставления услуги "Прикрепление граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь" в электронной форме (далее - Регламент) устанавливает последовательность действий по прикреплению физических лиц, являющихся жителями города Москвы, в том числе лиц, не достигших совершеннолетнего возраста (детей), застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, к медицинским организациям для оказания первичной медико-санитарной помощи, в том числе по профилю «стоматология», на основании заявлений, подаваемых с использованием Портала государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы, интегрированного с Официальным порталом Мэра и Правительства Москвы, в разделе «Услуги» (далее - услуга).

Действие настоящего Регламента не распространяется на отношения по выбору медицинской организации лицами, представляющими интересы других лиц (кроме лиц, представляющих интересы застрахованных лиц до достижения ими совершеннолетия (детей), - законных представителей (родителей), 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. Для целей настоящего Регламента используются следующие термины и определения:

ЕМИАС - автоматизированная информационная система города Москвы "Единая медицинская информационно-аналитическая система города Москвы";

портал - Портал государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы, интегрированный с Официальным порталом Мэра и Правительства Москвы;

РС ЕРЗЛ - региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц города Москвы;

застрахованное лицо - гражданин, застрахованный по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы;

пользователь - физическое лицо, зарегистрированное на Портале государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы, интегрированном с Официальным порталом Мэра и Правительства Москвы;

ОМС - обязательное медицинское страхование;

полис ОМС - документ, удостоверяющий право застрахованного лица на бесплатное

оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования;

медицинские организации - медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, в том числе по профилю "стоматология", и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, применяющие способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации;

заявление - заявление о выборе застрахованным лицом медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, в том числе по профилю "стоматология", подаваемое в электронной форме с использованием Портала.

1.3. Предоставление услуги осуществляют медицинские организации, в которых информационное сопровождение организационных и лечебно-диагностических процессов осуществляется с использованием ЕМИАС.

Услуга предоставляется ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ», которая выбрана застрахованным лицом для оказания первичной медико-санитарной помощи.

1.4. Подать заявление в электронной форме с использованием Портала имеют возможность лица, имеющие действующий полис ОМС, выданный или перерегистрированный на территории города Москвы, достигшие совершеннолетия, а также законные представители (родители) застрахованного по ОМС и зарегистрированного в РС ЕРЗЛ лица до достижения им совершеннолетия (ребенка).

Заявитель имеет возможность подать заявление в своих интересах либо в интересах застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка) на основании подтвержденных прав законного представителя (родителя) не более одного раза в год с даты регистрации предыдущего заявления о выборе медицинской организации в РС ЕРЗЛ. В случае изменения места жительства застрахованного лица или застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка) в целях выбора медицинской организации заявитель может обратиться в медицинскую организацию с документами, подтверждающими изменение места жительства.

Возможность подать заявление в интересах ребенка до достижения им совершеннолетия имеют пользователи, прошедшие процедуру подтверждения родительских прав в личном кабинете на Портале.

Прием заявлений от уполномоченных представителей заявителя в рамках услуги не предусмотрен.

1.5. Услуга в электронной форме с использованием Портала предоставляется физическим лицам после получения ими стандартного или полного доступа к подсистеме "личный кабинет" в соответствии с приложениями 2, 3 к постановлению Правительства Москвы от 7 февраля 2012 г. № 23-ПП "О доступе физических лиц, в том числе зарегистрированных в качестве индивидуальных предпринимателей, и юридических лиц к подсистеме "личный кабинет" государственной информационной системы "Портал государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы".

Для получения стандартного доступа к подсистеме "личный кабинет" Портала физическое лицо получает упрощенный доступ к подсистеме "личный кабинет" Портала, указывает в соответствующем разделе подсистемы "личный кабинет" Портала страховой номер индивидуального лицевого счета в системе обязательного пенсионного страхования Российской Федерации (далее - СНИЛС) в целях его подтверждения в информационных системах Пенсионного фонда Российской Федерации и осуществляет иные необходимые действия в соответствии с постановлением Правительства Москвы от 7 февраля 2012 г. № 23-ПП "О доступе физических лиц, в том числе зарегистрированных в качестве индивидуальных предпринимателей, и юридических лиц к подсистеме "личный кабинет" государственной информационной системы "Портал государственных и муниципальных

услуг (функций) города Москвы".

Для получения полного доступа к подсистеме "личный кабинет" Портала физическому лицу необходимо лично обратиться в многофункциональный центр предоставления государственных услуг для подтверждения личности, осуществить иные необходимые действия в соответствии с постановлением Правительства Москвы от 7 февраля 2012 г. № 23-ПП "О доступе физических лиц, в том числе зарегистрированных в качестве индивидуальных предпринимателей, и юридических лиц к подсистеме "личный кабинет" государственной информационной системы "Портал государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы".

1.6. Возможность подачи заявления в электронной форме с использованием Портала предоставляется круглосуточно.

1.7. Услуга предоставляется бесплатно.

2. Порядок подачи заявления

2.1. Пользователь, желающий подать заявление, проходит идентификацию на Портале путем ввода логина и пароля, полученных при регистрации на Портале.

2.2. Застрахованное лицо осуществляет на Портале ввод серии и номера полиса ОМС, адреса электронной почты, контактного телефона, сведений о гражданстве и документе, удостоверяющем личность заявителя (тип документа, серия и номер, когда и кем выдан), об адресе фактического проживания и адресе регистрации заявителя (в случае, если указанные сведения не содержатся в личном кабинете). В случае если указанные сведения сохранены в личном кабинете, в интерактивную форму они вносятся автоматически. Фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения застрахованного лица заполняются только автоматически на основании данных, сохраненных в личном кабинете пользователя на Портале.

2.3. В случае несоответствия введенных на Портале серии и номера полиса ОМС, фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения застрахованного лица имеющейся в РС ЕРЗЛ информации пользователь получает на Портале уведомление о невозможности подачи заявления в электронной форме с использованием Портала и необходимости обращения в страховую медицинскую организацию для получения либо замены полиса ОМС застрахованного лица.

2.4. Заявителю на Портале предоставляется информация об имеющемся у застрахованного лица прикреплении к медицинской организации либо об отсутствии у застрахованного лица прикреплении к медицинской организации. В случае фактического отсутствия у застрахованного лица прикреплении к медицинской организации, а также если с момента последнего прикреплении прошло более года, заявителю предоставляется возможность подачи заявления о выборе застрахованным лицом ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» в электронном виде.

В случае если в период рассмотрения заявления создано прикреплении на основании другого заявления, поданного заявителем при личном обращении в своих, заявитель получает в личный кабинет Портала уведомление об отказе в предоставлении услуги по причине создания прикреплении на основании другого заявления.

2.5. В случае наличия в РС ЕРЗЛ информации о прикреплении застрахованного лица к другой медицинской организации по заявлению, зарегистрированному в РС ЕРЗЛ менее одного года назад, заявитель получает на Портале уведомление о невозможности подачи заявления в электронной форме с использованием Портала с рекомендацией обратиться в медицинскую организацию в случае изменения места жительства застрахованного лица.

2.6. Заявитель, действующий в своих интересах, осуществляет на Портале выбор медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи из перечня 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,

применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации.

2.6.1. Заявитель, действующий в своих интересах, в выбранной ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» осуществляет на Портале выбор филиала ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» для прикрепления (при наличии).

2.7. Заявителю, действующему в своих интересах, на Портале по выбираемой ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» предоставляется информация о перечне врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, о количестве граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведения о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

2.8. Заявителю, действующему в своих интересах, на Портале по выбираемой ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» (за исключением медицинских организаций по профилю "стоматология") предоставляется информация о порядке оказания медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности, о порядке организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме, в случае отсутствия в ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» необходимых ресурсных возможностей (врачей-специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

2.9. По результатам ознакомления с информацией, указанной в пунктах 2.7, 2.8 и настоящего Регламента, заявитель, действующий в своих интересах, на Портале подтверждает согласие застрахованного лица с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при выборе медицинской организации

2.10. Заявления, поданные пользователями, действующими в своих интересах, посредством Портала, поступают в указанные в заявлениях медицинские организации с использованием функциональных возможностей ЕМИАС.

3. Прикрепление застрахованного лица к медицинской организации и филиалу

3.1. Основанием для начала предоставления услуги является поступление в ЕМИАС от пользователя, действующего в своих интересах, заявления в электронной форме, поданного с использованием Портала.

3.2. Прикрепление застрахованного лица к ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» и ее филиалу осуществляется с использованием функциональных возможностей ЕМИАС в срок, составляющий три рабочих дня со дня подачи заявления.

3.3. Заявитель в срок не позднее одного рабочего дня со дня прикрепления к ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» с использованием функциональных возможностей ЕМИАС получает уведомление о прикреплении застрахованного лица к ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» и филиалу в личный кабинет на Портале.

3.4. Пользователю со дня прикрепления застрахованного лица к ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» предоставляется возможность самостоятельной записи на прием к врачам данной ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ» в соответствии с приказами Департамента здравоохранения города Москвы от 25 мая 2015 г. № 413 "Об утверждении регламента предоставления услуги "Предварительная запись в электронном виде на прием к врачу, диагностические исследования и лечебные процедуры" и от 25 мая 2015 г. № 414 "Об утверждении регламента предоставления услуги "Запись на прием к врачу" в электронном виде в день обращения" по специальностям врачей, 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".



Приложение 1 к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от « 9 » декабря 2019 года № 1057

**Типовая форма информированного согласия пациента
на обработку и передачу его персональных данных,
данных и сведений, составляющих врачебную тайну**

(наименование медицинского учреждения, ИНН, ОГРН, адрес)

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ,
ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)
Дата рождения: « _____ » _____ г.р., зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(адрес регистрации по месту жительства)
фактически проживающий(ая) по адресу: _____ (адрес проживания)
документ, удостоверяющий личность _____
(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер,
сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
СНИЛС
(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27 июля 2006
г. № 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан
в Российской Федерации», даю свое согласие на обработку _____
(наименование медицинской организации)
расположенного(ой) по адресу(ам): _____ (адрес организации)

(далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору 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, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями 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;

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

У
У
У
У
У
У
У

- Работодатель _____
- Супруг(а) _____
- Мать _____
- Отец _____
- Сын _____
- Дочь _____
- Иные лица _____

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Подпись пациента/законного представителя пациента: _____ (подпись) (расшифровка подписи)

Дата: « ____ » _____ 20__ г.

Пациент подписан в моем присутствии: _____ (подпись врача) (расшифровка с указанием должности)

Заполняется, если пациент не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать.

Информированное согласие прочитано пациенту вслух: _____ (Ф.И.О. врача, должность)

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до пациента в доступной для понимания форме. Заполнено в моем присутствии:

Подпись _____ ФИО, должность
удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач.

Подпись _____ ФИО, должность

Заполняется, если пациент по тяжести состояния не может подписаться из-за когнитивного снижения
_____ (указать в чем состоит тяжесть)

не может прочесть и подписать данное согласие.
Решение о общем плане обследования и лечения принимается коллегиально (консилиумом) – пункты 9, 10 статьи 20 ФЗ-323 от 21 ноября 2011 г.

Врач _____ (наименование организации)

Подпись _____ ФИО
Врач _____ (наименование организации)

Подпись _____ ФИО
Врач отделения _____ (наименование организации)

Подпись _____ ФИО