



**КонсультантПлюс**  
надежная правовая поддержка

Приказ Департамента здравоохранения г.  
Москвы и МГФОМС от 05.10.2012 N 1067/147  
"Об утверждении Порядка прикрепления  
граждан, застрахованных по ОМС, к  
государственным учреждениям  
здравоохранения города Москвы,  
оказывающим первичную медико-санитарную  
помощь"

Документ предоставлен [КонсультантПлюс](#)

[www.consultant.ru](http://www.consultant.ru)

Дата сохранения: 16.03.2013

---

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

**ПРИКАЗ**  
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**

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", постановлением Правительства Российской Федерации от 01.09.2005 N 546 "Об утверждении правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации", приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 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 приказываем:

1. Утвердить [Порядок](#) прикрепления граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, к государственным учреждениям здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы (далее - Порядок).

2. Руководителям государственных учреждений здравоохранения 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 в соответствии с вышеуказанным [Порядком](#).

3. Управлению информационного обеспечения системы ОМС МГФОМС в срок до 20 октября 2012 года разработать Временный регламент ведения в АИС ОМС сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям города Москвы.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Н.Ф. Плавуну и заместителя директора МГФОМС Т.И. Юрьеву.

Министр Правительства Москвы,  
руководитель Департамента  
здравоохранения г. Москвы  
Г.Н. Голухов

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

Приложение  
к приказу Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от 5 октября 2012 г. N 1067/147

**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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
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 "\_\_\_" \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (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)

---