

Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы и Московского городского фонда обязательного
медицинского страхования от 8 июля 2021 г. N 655/381

"О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения города Москвы и Московского
городского фонда обязательного медицинского страхования от 27 апреля 2015 года N 335/142"

В соответствии с Законом города Москвы от 8 июля 2009 года N 25 "О правовых актах города Москвы", в целях совершенствования работы по реализации права выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи, обеспечения ведения учета сведений о прикреплении граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, к медицинским организациям приказываем:

1. Внести изменения в приказ Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 27 апреля 2015 года 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 редакции приказа Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 3 декабря 2015 года N 1047/454):

1.1. Пункт 4 приказа изложить в следующей редакции:

"4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Старшинина А.В. и заместителя директора Московского городского фонда обязательного медицинского страхования, начальника Управления организации ОМС Туринского Г.А."

1.2. Пункт 2.4 приложения к приказу изложить в следующей редакции:

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

Медицинская организация посредством электронной связи, СМС-оповещения и иных способов информирования должна проинформировать родителей или иных законных представителей застрахованного лица, не достигшего совершеннолетия, в течение одного года до достижения им совершеннолетия о необходимости реализации его права на выбор медицинской организации, возникающего с момента наступления совершеннолетия."

1.3. 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 приложения к приказу изложить в редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу.

1.4. 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 приложения к приказу изложить в редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Старшинина А.В. и заместителя директора Московского городского фонда обязательного медицинского страхования, начальника Управления организации ОМС Туринского Г.А.

Министр Правительства Москвы,

А.И. Хрипун

руководитель
Департамента здравоохранения
города Москвы

Директор
Московского городского фонда
обязательного медицинского страхования

В.А. Зеленский

Приложение 1
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
и Московского городского фонда
обязательного медицинского страхования
от 08.07.2021 г. N 655/381

Внесение изменений в приложение к приказу Департамента здравоохранения города Москвы
и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 27 апреля
2015 года N 335/142

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

Руководителю медицинской организации

от гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

Заявление
о выборе медицинской организации

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____, место рождения _____,
(число, месяц, год)

гражданство _____, пол мужской/женский (нужное подчеркнуть),
прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к

_____.
(полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное
свидетельство) N _____, выдан страховой медицинской организацией _____.

В случае наличия временного свидетельства, даю согласие на
регистрацию настоящего заявления в Региональном сегменте единого
регистра застрахованных лиц города Москвы, с момента установления
страховой принадлежности застрахованного лица.

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, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания медицинской организацией мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам медицинской организации в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Медицинская организация имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну, при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

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

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

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

"___" _____ 20__ года

_____ (_____) (подпись) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации

заявления: "___" _____ 20__ года.

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с "___" _____ 20__ года. Участок 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 приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
и Московского городского фонда
обязательного медицинского страхования
от 08.07.2021 г. N 655/381

Внесение изменений в приложение к приказу Департамента здравоохранения города Москвы
и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 27 апреля
2015 года N 335/142

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

Руководителю медицинской организации

от гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

Заявление
о выборе медицинской организации

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

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

дата рождения _____, место рождения _____,
(число, месяц, год)

гражданство _____, пол мужской/женский (нужное подчеркнуть),
представителем которого я являюсь: _____

(попечительство и т.д., а также вид,

номер, 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

В случае наличия у застрахованного лица, представителем которого я
являюсь, временного свидетельства даю согласие на регистрацию настоящего
заявления в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц
города Москвы с момента установления страховой принадлежности

застрахованного лица.

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 персональных данных застрахованного лица, представителем которого я являюсь, и моих, персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания медицинской организацией мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам медицинской организации в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Медицинская организация имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну, при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

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

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

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

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

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

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с "__" _____ 20__ года. Участок 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.)