

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ
от 25 января 2011 г. N 29н**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА
ВЕДЕНИЯ ПЕРСониФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

В соответствии со статьей 43 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422) приказываю:

Утвердить прилагаемый Порядок ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.

Министр
Т.ГОЛИКОВА

**ПОРЯДОК
ВЕДЕНИЯ ПЕРСониФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

I. Общие положения

1. Настоящий Порядок определяет правила ведения персонифицированного учета сведений о каждом застрахованном лице в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе:

- 1) организацию персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;
- 2) ведение единого регистра застрахованных лиц;
- 3) ведение персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- 4) технологию обмена информацией при ведении персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.

2. Целями персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования являются:

- 1) создание условий для обеспечения гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное предоставление медицинской помощи надлежащего качества и объема в рамках базовой и территориальных программ обязательного медицинского страхования;
- 2) создание условий для осуществления контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования;
- 3) определение потребности в объемах медицинской помощи в целях формирования базовой и территориальных программ обязательного медицинского страхования.

II. Организация персонифицированного учета

3. Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах ведется в форме единого регистра застрахованных лиц, являющегося совокупностью его центрального и региональных сегментов, и включает в себя сбор, обработку, передачу и хранение следующих сведений о застрахованных лицах:

- 1) фамилия, имя, отчество;
- 2) пол;
- 3) дата рождения;
- 4) место рождения;
- 5) гражданство;
- 6) данные документа, удостоверяющего личность;
- 7) место жительства;
- 8) место регистрации;
- 9) дата регистрации;
- 10) страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования;
- 11) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица;
- 12) данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом;
- 13) дата регистрации в качестве застрахованного лица;
- 14) статус застрахованного лица (работающий, неработающий).

4. Персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, включает в себя сбор, обработку, передачу и хранение следующих сведений:

- 1) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица;
- 2) медицинская организация, оказавшая соответствующие услуги;
- 3) виды оказанной медицинской помощи;
- 4) условия оказания медицинской помощи;
- 5) сроки оказания медицинской помощи;
- 6) объемы оказанной медицинской помощи;
- 7) стоимость оказанной медицинской помощи;
- 8) диагноз;
- 9) профиль оказания медицинской помощи;
- 10) медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу, и примененные лекарственные препараты;
- 11) примененные медико-экономические стандарты;
- 12) специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь;
- 13) результат обращения за медицинской помощью;
- 14) результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

5. Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи могут предоставляться как в виде документов в письменной форме, так и в электронной форме при наличии гарантий их достоверности (подлинности), защиты от несанкционированного доступа и искажений в соответствии с законодательством Российской Федерации требованиями по защите персональных данных. В этом случае юридическая сила представленных документов подтверждается электронной цифровой подписью в соответствии с законодательством Российской Федерации. Решение о возможности представления информации в электронной форме принимается совместно участниками информационного обмена.

6. Страховые медицинские организации и медицинские организации хранят копии бумажных документов и электронные архивы, содержащие персонифицированные сведения о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи, представляемые в территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее - территориальный фонд) для персонифицированного учета, по правилам организации государственного архивного дела.

7. После истечения срока, установленного для хранения копий документов на бумажном и электронном носителях в страховой медицинской организации, они подлежат уничтожению в соответствии с законодательством Российской Федерации на основании акта об их уничтожении, утверждаемого руководителем страховой медицинской организации.

8. Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи относятся к информации ограниченного доступа и подлежат защите в соответствии с законодательством Российской Федерации.

III. Ведение регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц

9. Сведения о каждом застрахованном лице, указанные в пункте 3 настоящего Порядка, вносятся в единый регистр застрахованных лиц.

10. Ведение регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц осуществляет территориальный фонд на основании сведений о застрахованных лицах, предоставляемых страховой медицинской организацией.

11. Страховая медицинская организация и территориальный фонд приказами определяют работников, допущенных к работе с региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц, и соблюдают требования законодательства Российской Федерации по защите персональных данных.

12. При внесении сведений о застрахованном лице в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц страховая медицинская организация обеспечивает достоверность и корректность вносимых сведений и осуществляет проверки, позволяющие предотвратить появление в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц дублирующих записей:

- 1) на наличие повторений по фамилии, имени, отчеству, дате и месту рождения;
- 2) на наличие повторений по данным документа, удостоверяющего личность;
- 3) корректности указания пола застрахованного лица;
- 4) на наличие повторений по дате рождения и адресу регистрации по месту жительства;
- 5) на наличие повторений по фамилии, имени и отчеству и адресу регистрации по месту жительства;
- 6) на наличие повторений по страховому номеру индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

13. В целях актуализации регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц и внесения сведений о застрахованных лицах в него страховая медицинская организация формирует и передает информационные файлы с изменениями сведений о застрахованных лицах, предусмотренных пунктом 3 настоящего Порядка (далее - файлы с изменениями), в территориальный фонд по мере необходимости, но не реже 1 раза в день при наличии изменений в сведениях о застрахованных лицах, в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

В файлы с изменениями включаются все вновь введенные и измененные с момента последней отправки сведения о застрахованных лицах.

14. Территориальный фонд обеспечивает круглосуточный режим приема и обработки файлов с изменениями, поступивших от страховых медицинских организаций.

15. При обработке файлов с изменениями в территориальном фонде осуществляется форматно-логический контроль данных, идентификация записей по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, внесение сведений о застрахованных лицах.

16. После обработки файлов с изменениями в территориальном фонде формируются файлы подтверждения и/или отклонения изменений, которые направляются соответствующим страховым медицинским организациям для проведения корректировки сведений о застрахованных лицах.

17. Территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации ежеквартально не позднее 15-го числа второго месяца, следующего за отчетным периодом, предоставляет в соответствии с Соглашением об информационном обмене между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в соответствующий территориальный фонд сведения о работающих застрахованных лицах для внесения их в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.

18. Территориальный фонд ежемесячно на основании сведений о государственной регистрации смерти, предоставленных органами записи актов гражданского состояния в соответствии со статьей 12 Федерального закона от 15 ноября 1997 г. N 143-ФЗ "Об актах гражданского состояния" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 47, ст. 5340; 2001, N 44, ст. 4149; 2003, N 17, ст. 1553; N 50, ст. 4855; 2009, N 51, ст. 6154; 2010, N 15, ст. 1748), проводит актуализацию регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, уведомляет об этом страховые медицинские организации на территории субъекта Российской Федерации и направляет информационные файлы со сведениями о государственной регистрации смерти на территории субъекта Российской Федерации по лицам, сведения о которых отсутствуют в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц, в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд) для актуализации центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

19. Территориальный фонд ежеквартально актуализирует региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц на основании сведений о работающих застрахованных лицах и направляет информационные файлы со сведениями о работающих застрахованных лицах, сведения о которых отсутствуют в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц, в Федеральный фонд для актуализации центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

20. Страхователь для неработающих граждан ежемесячно, не позднее 5 числа каждого месяца предоставляет в соответствующий территориальный фонд сведения о неработающих застрахованных лицах, предусмотренные подпунктами 1 - 10, 14 пункта 3 настоящего Порядка, в соответствии с соглашениями об информационном обмене между территориальными фондами и страхователями для неработающих граждан в субъектах Российской Федерации, и по форме, утверждаемой Федеральным фондом и Пенсионным фондом Российской Федерации.

21. Территориальный фонд актуализирует региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц на основании сведений, получаемых от Федерального фонда из центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

22. При нарушении установленных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования сроков предоставления данных о застрахованных лицах, а также сведений об изменении этих данных страховая медицинская организация обязана уплатить территориальному фонду за счет собственных средств штраф в размере, установленном частью 10 статьи 38 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации").

23. Территориальный фонд осуществляет общий контроль за региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц. В случае обнаружения ошибок и несоответствий территориальный фонд направляет соответствующую информацию страховой медицинской организации с указанием перечня несоответствий и сроков их исправления.

IV. Ведение центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц

24. Территориальный фонд при внесении изменений в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц формирует файлы с изменениями, которые направляет в Федеральный фонд для актуализации центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц по мере необходимости, но не реже 1 раза в день при наличии изменений в сведениях о застрахованных лицах.

В файлы с изменениями включаются все вновь введенные и измененные с момента последней отправки сведения о застрахованных лицах.

25. Федеральный фонд обеспечивает круглосуточный режим приема и обработки файлов с изменениями от территориальных фондов.

26. При обработке файлов с изменениями обеспечивается проверка на наличие у застрахованного лица ранее выданного действующего полиса обязательного медицинского страхования единого образца в центральном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

27. В центральном сегменте единого регистра застрахованных лиц осуществляется обработка информационных файлов со сведениями о государственной регистрации смерти и сведениями о статусе застрахованных лиц (работающий, неработающий), направляемых территориальными фондами по лицам, сведения о которых отсутствуют в их региональных сегментах единого регистра застрахованных лиц, результаты которой направляются в территориальные фонды по месту страхования.

28. Федеральный фонд ведет центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц, обеспечивает общий контроль за актуализацией и использованием единого регистра застрахованных лиц.

29. Обмен данными между страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами и Федеральным фондом в целях ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах осуществляется в электронном виде по выделенным или открытым каналам связи, включая Интернет, с использованием электронной цифровой подписи в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации требованиями по защите персональных данных.

V. Порядок ведения персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам

30. Персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, ведется в электронном виде медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования, и территориальными фондами.

31. Медицинская организация, страховая медицинская организация и территориальный фонд приказом определяют работников, допущенных к работе со сведениями персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и обеспечивают их конфиденциальность в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации по защите персональных данных.

32. Медицинские организации представляют сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предусмотренные подпунктами 1 - 13 пункта 4 настоящего Порядка, в территориальный фонд.

33. Территориальный фонд в течение двух рабочих дней на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц осуществляет автоматизированную обработку полученных от медицинских организаций сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

34. На этапе автоматизированной обработки сведений персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в территориальном фонде производится:

1) идентификация застрахованного лица по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, определение страховой медицинской организации, ответственной за оплату счета;

2) выявление застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, и определение их территории страхования;

3) направление в электронном виде результатов, полученных в соответствии с подпунктами 1 и 2 настоящего пункта, в медицинскую организацию, оказавшую медицинскую помощь застрахованным лицам.

35. Медицинская организация по результатам автоматизированной обработки сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, проведенной в соответствии с пунктом 34 настоящего Порядка, представляет их в страховые медицинские организации в объеме и сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

36. После проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со статьей 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" сведения, указанные в пункте 4 настоящего Порядка, в виде информационных файлов передаются страховой медицинской организацией в медицинские организации и территориальный фонд в сроки, предусмотренные договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

37. В случае затруднений в определении территории страхования лица, которому была оказана медицинская помощь вне территории страхования, территориальный фонд формирует электронный запрос в центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц, где в течение 5 рабочих дней осуществляется проверка и формируется ответ с указанием выявленной территории страхования и действующего номера полиса застрахованного лица.

38. Обмен данными между медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами и Федеральным фондом в целях ведения персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществляется в электронном виде по выделенным или открытым каналам связи, включая сеть Интернет, с использованием электронной цифровой подписи в соответствии с установленным законодательством Российской Федерации требованиями по защите персональных данных.
