

Зарегистрировано в Минюсте России 8 февраля 2011 г. N 19742

**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**

Список изменяющих документов
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 08.12.2016 N 941н)

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**

Список изменяющих документов
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 08.12.2016 N 941н)

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.

КонсультантПлюс: примечание.

В соответствии с Федеральным [законом](#) от 06.04.2011 N 63-ФЗ (ред. от 02.07.2013) в случаях, если федеральными законами и иными нормативными правовыми актами, вступившими в силу до 1 июля 2013 года, предусмотрено использование электронной цифровой подписи, используется усиленная квалифицированная электронная [подпись](#).

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 установленным 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. Налоговые органы ежеквартально, не позднее 15-го числа второго месяца, следующего за отчетным периодом, предоставляют в соответствии с Соглашением об информационном обмене между Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, в соответствующий территориальный фонд сведения о работающих застрахованных лицах, предусмотренные [подпунктами 1 - 10 и 14 пункта 3](#) настоящего Порядка, для внесения их в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.

(п. 17 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 08.12.2016 N 941н)

КонсультантПлюс: примечание.

[ФЗ](#) от 23.06.2016 N 219-ФЗ ст. 12 [ФЗ](#) от 15 ноября 1997 г. N 143-ФЗ утратила силу. Положения, ранее закрепленные в ст. 12, в настоящее время установлены [13.2](#) указанного Закона.

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](#) и [14 пункта 3](#) настоящего Порядка. Страхователи для неработающих граждан осуществляют обмен информацией с территориальными фондами в электронном виде в порядке, установленном соглашением об информационном обмене, утверждаемым Федеральным фондом.
(п. 20 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 08.12.2016 N 941н)

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.

КонсультантПлюс: примечание.

В соответствии с Федеральным [законом](#) от 06.04.2011 N 63-ФЗ (ред. от 02.07.2013) в случаях, если федеральными законами и иными нормативными правовыми актами, вступившими в силу до 1 июля 2013 года, предусмотрено использование электронной цифровой подписи, используется усиленная квалифицированная электронная [подпись](#).

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.
