

Глава 10. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 43. Персонифицированный учет в сфере обязательного медицинского страхования

1. Персонифицированный учет в сфере обязательного медицинского страхования (далее - персонифицированный учет) - организация и ведение учета сведений о каждом застрахованном лице в целях реализации прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования.

2. Целями персонифицированного учета являются:

1) создание условий для обеспечения гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи надлежащего качества и в соответствующем объеме в рамках 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 разработки программ обязательного медицинского страхования.

3. Персонифицированный учет, сбор, обработка, передача и хранение сведений осуществляются Федеральным фондом и территориальными фондами, Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами, страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями и страхователями для неработающих граждан в соответствии с полномочиями, предусмотренными настоящим Федеральным законом.

4. Для целей персонифицированного учета Федеральный фонд и территориальные фонды осуществляют информационное взаимодействие со страхователями для неработающих граждан, с Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами, медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями и иными организациями в соответствии с настоящим Федеральным законом.

5. Порядок ведения персонифицированного учета определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 44. Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам

1. В сфере обязательного медицинского страхования ведется персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

2. При ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах осуществляются сбор, обработка, передача 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);

15) сведения о медицинской организации, выбранной застрахованным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации для получения первичной медико-санитарной помощи.

(п. 15 введен Федеральным законом от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

3. Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах ведется в форме единого регистра застрахованных лиц, являющегося совокупностью его центрального и региональных сегментов, содержащих сведения о застрахованных лицах.

4. При ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществляются сбор, обработка, передача 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-экономических 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 в виде документов как в письменной форме, так и в электронной форме при наличии гарантии их достоверности (подлинности), защиты от несанкционированного доступа и искажений. В этом случае юридическая сила представленных документов подтверждается электронной цифровой подписью в соответствии с законодательством Российской Федерации. Решение о возможности предоставления информации в электронной форме принимается совместно участниками информационного обмена.

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

7. Сведения о застрахованном лице, предусмотренные пунктами 11 - 14 части 2 настоящей статьи, предоставляются Федеральным фондом по межведомственным запросам органам государственной власти, предоставляющим государственные услуги, или органам местного самоуправления, предоставляющим муниципальные услуги, если для предоставления государственной или муниципальной услуги предусмотрено предоставление таких сведений или документа, содержащего такие сведения, в указанные государственные органы или органы местного самоуправления.

(часть 7 введена Федеральным законом от 28.07.2012 N 133-ФЗ)

Статья 45. Полис обязательного медицинского страхования

1. Полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.

2. Полис обязательного медицинского страхования обеспечивается федеральным электронным приложением, содержащимся в универсальной электронной карте, в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2010 года N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг". Единые требования к полису обязательного медицинского страхования устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования.

Статья 46. Порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования застрахованному лицу

КонсультантПлюс: примечание.

С 1 мая 2011 года до введения на территориях субъектов Российской Федерации универсальных электронных карт изготовление полисов обязательного медицинского страхования организуется Федеральным фондом, выдача их застрахованным лицам осуществляется в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования (пункт 2 статьи 51 данного документа).

1. Для получения полиса обязательного медицинского страхования застрахованное лицо лично или через своего представителя подает в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, заявление о выборе страховой медицинской организации, предусмотренное пунктом 2 части 2 статьи 16 настоящего Федерального закона.

(в ред. Федерального закона от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

2. В день подачи заявления о выборе страховой медицинской организации застрахованному лицу или его представителю выдается полис обязательного медицинского страхования либо временное свидетельство в случаях и в порядке, которые определяются правилами обязательного медицинского страхования.

(в ред. Федерального закона от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

Статья 47. Взаимодействие медицинской организации с территориальным фондом и страховой медицинской организацией при ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам

1. Медицинские организации предоставляют сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предусмотренные пунктами 1 - 13 части 4 статьи 44 настоящего Федерального закона, в территориальный фонд и страховую медицинскую организацию в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

2. Данные персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предоставляются медицинскими организациями в страховые медицинские организации в объеме и сроки, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

3. Страховые медицинские организации и медицинские организации в соответствии с правилами организации государственного архивного дела хранят копии документов на бумажном и электронном носителях, содержащих сведения, указанные в части 1 настоящей статьи и предоставляемые в территориальный фонд для ведения персонифицированного учета.

4. Медицинские организации, страховые медицинские организации и территориальные фонды определяют работников, допущенных к работе с данными персонафицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и обеспечивают их конфиденциальность в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации требованиями по защите персональных данных.

5. После истечения срока, установленного для хранения копий документов на бумажном и электронном носителях в страховой медицинской организации, указанных в части 3 настоящей статьи, данные копии подлежат уничтожению в соответствии с законодательством Российской Федерации на основании акта об их уничтожении, утверждаемого руководителем страховой медицинской организации.

6. Данные персонафицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, указанные в части 1 настоящей статьи, подлежат хранению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 48. Взаимодействие страховой медицинской организации и территориального фонда при ведении персонафицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам

1. Страховые медицинские организации предоставляют сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, полученные от медицинских организаций и указанные в части 4 статьи 44 настоящего Федерального закона, в территориальный фонд в соответствии с порядком ведения персонафицированного учета.

2. Данные персонафицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предоставляются страховыми медицинскими организациями в территориальный фонд в объеме и сроки, которые установлены договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, но не позднее 20-го числа месяца, следующего за отчетным.

3. На основании сведений, указанных в части 1 статьи 47 настоящего Федерального закона и части 1 настоящей статьи, территориальные фонды ведут персонафицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в соответствии с настоящим Федеральным законом и порядком ведения персонафицированного учета.

4. Ведение персонафицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в территориальных фондах осуществляется в электронном виде.

(в ред. Федерального закона от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

5. Сведения, указанные в части 4 настоящей статьи, подлежат хранению в соответствии с правилами организации государственного архивного дела.

Статья 49. Взаимодействие территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации, страхователя для неработающих граждан и территориального фонда при ведении персонафицированного учета сведений о застрахованных лицах

1. Территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации ежеквартально не позднее 15-го числа второго месяца, следующего за отчетным периодом, предоставляет в соответствующий территориальный фонд сведения о работающих застрахованных лицах, указанные в пунктах 1 - 10 и 14 части 2 статьи 44 настоящего Федерального закона.

2. Страхователь для неработающих граждан ежемесячно не позднее 5-го числа каждого месяца предоставляет в соответствующий территориальный фонд сведения о неработающих застрахованных лицах, предусмотренные пунктами 1 - 10 и 14 части 2 статьи 44 настоящего Федерального закона.

3. Территориальные органы Пенсионного фонда Российской Федерации, страхователи для неработающих граждан осуществляют обмен информацией с территориальными фондами в электронном виде в порядке, определяемом соглашениями об информационном обмене, и по форме, утверждаемой Федеральным фондом и Пенсионным фондом Российской Федерации.

4. Территориальные фонды в течение 15 рабочих дней со дня получения сведений о застрахованном лице, предусмотренных частями 1 и 2 настоящей статьи, вносят их в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.