

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 28 июня 2016 г. N 423н

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ
В ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ,
УТВЕРЖДЕННЫЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 28 ФЕВРАЛЯ
2011 Г. N 158н, И ФОРМУ ТИПОВОГО ДОГОВОРА О ФИНАНСОВОМ
ОБЕСПЕЧЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ,
УТВЕРЖДЕННУЮ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ОТ 9 СЕНТЯБРЯ 2011 Г. N 1030н

Приказываю:

Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 г., регистрационный N 19998), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 августа 2011 г. N 897н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 августа 2011 г., регистрационный N 21609), от 9 сентября 2011 г. N 1036н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2011 г., регистрационный N 22053), приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 марта 2013 г. N 160н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 мая 2013 г., регистрационный N 28480), от 21 июня 2013 г. N 396н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 сентября 2013 г., регистрационный N 30004), от 20 ноября 2013 г. N 859н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 ноября 2013 г., регистрационный N 30489), от 6 августа 2015 г. N 536н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 октября 2015 г., регистрационный N 39119), от 25 марта 2016 г. N 192н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 мая 2016 г., регистрационный N 41969), и форму типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. N 1030н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 октября 2011 г., регистрационный N 22082), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 октября 2014 г. N 590н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 ноября 2014 г., регистрационный N 34561), от 16 ноября 2015 г. N 806н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 ноября 2015 г., регистрационный N 39852), от 25 марта 2016 г. N 187н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 апреля 2016 г., регистрационный N 41727).

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 28 июня 2016 г. N 423н

**ИЗМЕНЕНИЯ,
КОТОРЫЕ ВНОСЯТСЯ В ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
ОТ 28 ФЕВРАЛЯ 2011 Г. N 158Н, И ФОРМУ ТИПОВОГО ДОГОВОРА
О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ, УТВЕРЖДЕННУЮ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ОТ 9 СЕНТЯБРЯ 2011 Г. N 1030Н**

1. В приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 г., регистрационный N 19998), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 августа 2011 г. N 897н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 августа 2011 г., регистрационный N 21609), от 9 сентября 2011 г. N 1036н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2011 г., регистрационный N 22053), приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 марта 2013 г. N 160н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 мая 2013 г., регистрационный N 28480), от 21 июня 2013 г. N 396н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 сентября 2013 г., регистрационный N 30004), от 20 ноября 2013 г. N 859ан (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 ноября 2013 г., регистрационный N 30489), от 6 августа 2015 г. N 536н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 октября 2015 г., регистрационный N 39119), от 25 марта 2016 г. N 192н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 мая 2016 г., регистрационный N 41969):

1) в подпункте 1 пункта 6, подпункте 3 пункта 26, подпункте 1 пункта 56 слова "(для иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии)" заменить словами "(для детей, являющихся гражданами Российской Федерации, в возрасте до четырнадцати лет, иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии)".

2) в подпункте 1 пункта 9 слова "СНИЛС" заменить словами "СНИЛС (при наличии)".

3) в подпункте 5 пункта 126, подпункте 5 пункта 138, подпункте 6 пункта 171 слова "СНИЛС (для иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии);"

исключить;

4) главу XV изложить в следующей редакции:

"XV. Порядок информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи

199. Страховая медицинская организация осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи и обеспечивает информирование застрахованных лиц и их законных представителей, в том числе по обращениям, и путем организации работы с застрахованными лицами уполномоченных лиц страховой медицинской организации (далее - страховые представители), о:

медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, режиме их работы;

праве выбора (замены) и порядке выбора (замены) страховой медицинской организации, медицинской организации и врача;

порядке получения полиса;

видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи в рамках базовой и территориальной программ;

прохождении диспансеризации в соответствии с Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 3 февраля 2015 г. N 36ан (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 февраля 2015 г., регистрационный N 36268);

прохождении профилактического медицинского осмотра в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 6 декабря 2012 г. N 1011н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 декабря 2012 г., регистрационный N 26511);

перечне оказанных медицинских услуг и их стоимости (на основании поданных медицинскими организациями в страховую медицинскую организацию реестров счетов за оказанную медицинскую помощь);

выявленных нарушениях по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам (по обращениям застрахованных лиц).

200. Информирование застрахованных лиц и их законных представителей о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости осуществляется также через региональные порталы государственных и муниципальных услуг (функций), официальные сайты территориальных фондов путем создания личного кабинета пациента.

201. Страховая медицинская организация проводит опросы застрахованных лиц и их законных представителей о доступности медицинской помощи в медицинских организациях.

Формы опросов о доступности медицинской помощи в медицинских организациях, а также формы информирования застрахованных лиц и их законных представителей о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости устанавливаются Федеральным фондом в соответствии с пунктом 6.1 части 8 статьи 33 Федерального закона.

202. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при

оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 мая 2015 г., регистрационный N 24278) и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1342н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 марта 2013 г., регистрационный N 27617) при выдаче направления на госпитализацию в плановом порядке лечащий врач обязан информировать застрахованное лицо или его законного представителя о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание специализированной медицинской помощи с учетом сроков ожидания указанного вида медицинской помощи, установленных территориальной программой, а также о выборе медицинской организации и принятии на медицинское обслуживание для оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы.

На основании указанной информации застрахованное лицо или его законный представитель осуществляет выбор медицинской организации для оказания ему специализированной медицинской помощи.

203. Информационное сопровождение застрахованных лиц осуществляется на основе программного комплекса территориального фонда, интегрированного с информационными системами территориального фонда по персонифицированному учету сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, работающего круглосуточно в режиме онлайн (далее - информационный ресурс).

204. Страховые медицинские организации, в том числе страховые представители, и медицинские организации получают доступ к информационному ресурсу, и используют информацию, размещенную на указанном ресурсе, для осуществления информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

Обновление данных в информационном ресурсе осуществляется не реже одного раза в сутки в соответствии с установленным территориальным фондом графиком передачи информации медицинских организаций и страховых медицинских организаций.

205. Территориальный фонд обеспечивает внесение в информационный ресурс информации об установленных Комиссией объемах предоставления медицинской помощи для медицинских организаций и страховых медицинских организаций не позднее 2 рабочих дней с даты принятия Комиссией решений о распределении (перераспределении) указанных объемов.

206. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и/или специализированную медицинскую помощь, ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени осуществляет обновление сведений в информационном ресурсе за истекшие сутки о:

выполнении объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, оказание которой предусмотрено лицензией медицинской организации;

количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с указанием планируемой даты освобождения места;

застрахованных лицах, госпитализированных за день по направлениям в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи (в том числе в разрезе медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию);

застрахованных лицах, госпитализированных в экстренном порядке;

застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний.

207. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени осуществляет обновление сведений в информационном ресурсе о застрахованных лицах за истекшие сутки, получивших направление в выбранную медицинскую организацию на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, включая дату госпитализации.

208. Страховая медицинская организация ежедневно по состоянию на 09.00 часов местного времени по каждой медицинской организации, с которой у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и/или специализированную медицинскую помощь, ведет учет информации за истекшие сутки о:

количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с учетом планируемой даты освобождения места;

застрахованных лицах, получивших направление в выбранную медицинскую организацию на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, включая дату госпитализации;

застрахованных лицах, госпитализированных в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи по направлениям в плановом порядке (в том числе в разрезе медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию);

застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний.

209. Страховая медицинская организация ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени информирует каждую медицинскую организацию, с которой у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и/или специализированную медицинскую помощь, о застрахованных лицах, получивших за истекшие сутки направление на госпитализацию в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи (в том числе в разрезе медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию), включая дату госпитализации.

210. Страховая медицинская организация ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени информирует каждую медицинскую организацию, с которой у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях:

об объемах медицинской помощи и количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) оказания медицинской помощи по каждой медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и/или специализированную медицинскую помощь;

о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась

запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний.

211. Страховой представитель не позднее 1 февраля текущего года осуществляет информирование застрахованных лиц, подлежащих диспансеризации или профилактическому медицинскому осмотру в текущем году, или их законных представителей о возможности прохождения диспансеризации или профилактического медицинского осмотра.

Последующее информирование о возможности прохождения диспансеризации или профилактического медицинского осмотра осуществляется в отношении застрахованных лиц, подлежащих диспансеризации или профилактическому медицинскому осмотру в текущем году и не прошедших их, не реже одного раза в квартал.

212. Страховая медицинская организация осуществляет в течение года публичное информирование граждан о целях, задачах и порядке проведения диспансеризации и профилактического медицинского осмотра через размещение информации в сети "Интернет", публикации в средствах массовой информации, распространение брошюр и памяток.

213. Страховая медицинская организация ежемесячно до 20 числа месяца, следующего за отчетным, и ежегодно до 1 марта года, следующего за отчетным, представляет в территориальный фонд отчет об информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи по форме, устанавливаемой Федеральным фондом в соответствии с пунктом 6.1 части 8 статьи 33 Федерального закона.

214. Обмен информацией между медицинскими организациями, страховой медицинской организацией и территориальным фондом осуществляется в электронной форме с соблюдением требований по защите персональных данных и иной конфиденциальной информации в соответствии с частью 6 статьи 44 Федерального закона".

2. В абзаце пятом пункта 2.7.1 формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. N 1030н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 октября 2011 г., регистрационный N 22082), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 октября 2014 г. N 590н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 ноября 2014 г., регистрационный N 34561), от 16 ноября 2015 г. N 806н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 ноября 2015 г., регистрационный N 39852), от 25 марта 2016 г. N 187н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 апреля 2016 г., регистрационный N 41727) слова "в день" заменить словами "в течение трех рабочих дней после;".
