

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31 марта 2021 г. N 34н "Об определении Порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования" (с изменениями и дополнениями)

С изменениями и дополнениями от:

С изменениями и дополнениями от:

11 февраля, 15 ноября 2022 г.

В соответствии с пунктом 8 части 8 статьи 33 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; 2020, N 50, ст. 8075) приказываю:

Определить прилагаемый Порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования.

Председатель

Е.Е. Чернякова

Зарегистрировано в Минюсте РФ 25 августа 2021 г.
Регистрационный N 64757

УТВЕРЖДЕН
приказом Федерального
фонда обязательного
медицинского страхования
от 31 марта 2021 г. N 34н

**Порядок
информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования**

С изменениями и дополнениями от:

С изменениями и дополнениями от:

11 февраля, 15 ноября 2022 г.

I. Общие положения

1. Настоящий Порядок определяет правила информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования (далее - информационное взаимодействие), включая участников информационного взаимодействия, способы информационного взаимодействия, состав сведений, обмен которыми осуществляется при информационном взаимодействии, а также правила обработки участниками информационного взаимодействия полученных в результате такого информационного взаимодействия сведений.

2. Участниками информационного взаимодействия являются:

Министерство здравоохранения Российской Федерации;

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд);

территориальные фонды обязательного медицинского страхования (далее - территориальные фонды);

страховые медицинские организации, включенные в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования¹ (далее - страховые медицинские организации);

медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования, и (или) единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования² (далее - медицинские организации).

3. Информационное взаимодействие, предусмотренное настоящим Порядком, осуществляется в электронной форме посредством интеграции информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования либо в случае, указанном в абзаце шестом настоящего пункта, с использованием единой системы межведомственного электронного взаимодействия.

При интеграции информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования используются защищенные сети передачи данных, организуемые:

Федеральным фондом, Министерством здравоохранения Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации - в части обеспечения информационного взаимодействия с информационными системами субъектов Российской Федерации и (или) территориальных фондов, создаваемыми в соответствии с частью 7 статьи 44¹ Федерального закона³ (далее - информационные системы территориальных фондов), медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона³, федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья;

территориальными фондами, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, страховыми медицинскими организациями - в части обеспечения информационного взаимодействия с информационными системами страховых медицинских организаций, медицинских организаций, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Информационное взаимодействие информационных систем территориальных фондов реализуется посредством интеграции с государственной информационной системой обязательного медицинского страхования⁴.

Информационное взаимодействие медицинских организаций с Федеральным фондом в части идентификации застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи в рамках базовой и (или) территориальных программ обязательного медицинского страхования осуществляется с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения и (или) единой системы межведомственного электронного взаимодействия.

4. Информационное взаимодействие информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования осуществляется одним из следующих способов:

а) посредством направления запросов о предоставлении сведений и предоставления ответов и (или) ответных сообщений на указанные запросы в форме электронных документов;

б) в автоматическом или автоматизированном режимах без направления запросов о предоставлении сведений.

5. Информационное взаимодействие информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования не осуществляется в случае, если полномочия участников информационного взаимодействия, исполнение которых предусматривает формирование указанной в главах II - V настоящего Порядка информации, ее предоставление и получение осуществляется непосредственно с использованием государственной информационной системы обязательного медицинского страхования или информационной системы территориального фонда⁵.

6. При организации информационного взаимодействия информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования осуществляется обмен документами, составленными в

форме электронного документа и подписанными усиленной квалифицированной электронной подписью, и (или) сведениями, составленными в электронной форме и подписанными усиленной квалифицированной электронной подписью либо усиленной неквалифицированной электронной подписью, сертификат ключа проверки которой создан и используется в инфраструктуре, обеспечивающей взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме, в установленном Правительством Российской Федерации порядке и при условии обеспечения взаимодействия физических лиц (являющихся должностными лицами органов и организаций) с такой инфраструктурой с применением прошедших в установленном порядке процедуру оценки соответствия средств защиты информации, за исключением случаев, если наличие усиленной квалифицированной электронной подписи предусмотрено законодательством Российской Федерации⁶.

7. Предоставление медицинской документации в форме электронного документа осуществляется с использованием федерального реестра электронных медицинских документов, являющегося подсистемой единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения⁷ (при наличии технической возможности).

8. Информационное взаимодействие реализуется в соответствии с форматами передачи сведений и протоколами взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, размещаемыми на официальном сайте Федерального фонда в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"⁸.

9. При информационном взаимодействии посредством интеграции информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования используются единые реестры, справочники и классификаторы, ведение и доступ участников информационного взаимодействия к которым обеспечивается с использованием государственной информационной системы обязательного медицинского страхования.

II. Обмен сведениями при ведении единого реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, единого реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, единого реестра экспертов качества медицинской помощи

10. Территориальный фонд обеспечивает ежедневное или в режиме текущего времени направление в Федеральный фонд:

вновь сформированных или измененных записей реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования;

вновь сформированных или измененных записей реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

вновь сформированных или измененных записей территориального реестра экспертов качества медицинской помощи.

11. Федеральный фонд обеспечивает направление в территориальный фонд:

уникального номера реестровой записи единого реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, содержащей сведения по вновь сформированной записи реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования (в случае, если сведения о медицинской организации ранее не были включены в единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования), - не позднее 1 рабочего дня со дня получения вновь сформированных записей реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования;

уникального номера реестровой записи единого реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, содержащей сведения по вновь сформированной записи реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (в случае, если сведения о страховой медицинской организации ранее не были включены в единый реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования), - не позднее 1 рабочего дня со дня получения вновь сформированных записей реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

уникального номера реестровой записи единого реестра экспертов качества медицинской помощи, содержащей сведения по вновь сформированной записи территориального реестра экспертов качества медицинской помощи (в случае, если сведения об эксперте качества медицинской помощи ранее не были включены в единый реестр экспертов качества медицинской помощи), - не позднее 1 рабочего дня со дня получения вновь сформированных записей территориального реестра экспертов качества медицинской помощи или в режиме реального времени;

изменений, внесенных в сведения сводного реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности, в части медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования;

изменений, внесенных в сведения федерального реестра медицинских организаций, являющегося подсистемой единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, в части медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования.

12. Федеральный фонд обеспечивает в режиме реального времени (не реже 1 раза в день) получение сведений:

федерального реестра медицинских организаций, являющегося подсистемой единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, в отношении медицинских организаций, включенных или направивших уведомление (заявку) на включение в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования, единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

федерального регистра медицинских работников, являющегося подсистемой единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, в части врачей-специалистов, включаемых или включенных в единый реестр экспертов качества медицинской помощи и (или) территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи;

сводного реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности в части медицинских организаций, включенных или направивших уведомление (заявку) на включение в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования, единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

13. Федеральный фонд обеспечивает в режиме реального времени (не реже 1 раза в день) направление в федеральный реестр медицинских организаций, являющийся подсистемой единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, сведений о включении медицинской организации в единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, о медицинской организации, включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования, а также об ее исключении из такого реестра.

III. Обмен сведениями при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах

Информация об изменениях: *Пункт 14 изменен с 2 декабря 2022 г. - Приказ ФФОМС от 15 ноября 2022 г. N 166Н*

См. предыдущую редакцию

14. Страховая медицинская организация обеспечивает направление в территориальный фонд сведений о:

новых застрахованных в страховой медицинской организации лицах или об изменении сведений о ранее застрахованных лицах, представленных в страховую медицинскую организацию в соответствии с пунктом 3 части 2 статьи 16 Федерального закона⁹ в сроки, предусмотренные Правилами ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 5 ноября 2022 г. N 1998 (далее - Правила ведения учета)¹⁰;

рассмотрении заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации, поданных застрахованными лицами, - ежедневно или в режиме реального времени;

принятых заявлениях о выборе (замене) страховой медицинской организации, о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе, о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования и рассмотрении указанных видов заявлений;

рассмотрении жалоб и обращений, поданных застрахованными лицами в ответ на предоставленную им информацию о стоимости оказанной им медицинской помощи на едином портале, - ежедневно или в режиме реального времени, не позднее 10 рабочих дней со дня их получения от территориального фонда.

Информация об изменениях: *Пункт 15 изменен с 2 декабря 2022 г. - Приказ ФФОМС от 15 ноября 2022 г. N 166Н*

См. предыдущую редакцию

15. Территориальный фонд обеспечивает направление в страховую медицинскую организацию сведений о:

застрахованных лицах, не обратившихся в страховые медицинские организации за выдачей им полисов обязательного медицинского страхования, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации - ежемесячно, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным;

изменениях, внесенных в региональный сегмент единого реестра застрахованных лиц, в части лиц, застрахованных в страховой медицинской организации, а также о замене лицами данной страховой медицинской организации или смене застрахованным лицом территории страхования, не позднее 1 рабочего дня со дня внесения территориальным фондом указанных сведений;

заявлениях о выборе (замене) страховой медицинской организации, поданных застрахованными лицами, - ежедневно или в режиме реального времени;

жалобах и обращениях, поданных застрахованными лицами в ответ на предоставленную им информацию о стоимости оказанной им медицинской помощи на едином портале, - ежедневно или в режиме реального времени;

абзац утратил силу с 2 декабря 2022 г. - Приказ ФФОМС от 15 ноября 2022 г. N 166Н

Информация об изменениях: *См. предыдущую редакцию*

несоответствиях, выявленных в ходе проверки достоверности сведений о застрахованном лице на основании данных, внесенных Федеральным фондом в единый регистр застрахованных лиц

в рамках информационного взаимодействия, предусмотренного пунктом 24 Правил ведения учета, а также на основании сведений, полученных, путем направления запросов в органы, осуществляющие выдачу и замену документов, удостоверяющих личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации в соответствии с пунктом 12.1 части 7 статьи 34 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2018, N 31, ст. 4857).

Информация об изменениях: *Пункт 16 изменен с 2 декабря 2022 г. - Приказ ФФОМС от 15 ноября 2022 г. N 166Н*

См. предыдущую редакцию

16. Территориальный фонд обеспечивает получение:

а) предоставляемых согласно части 8 статьи 49 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2018, N 31, ст. 4857) военными комиссариатами ежеквартально не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом, сведений о призванных на военную службу гражданах, предусмотренных пунктами 1 и 6 части 2 статьи 44 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2018, N 31, ст. 4857), и информации о начале, сроке и окончании военной службы;

б) в течение 1 рабочего дня:

со дня предоставления в соответствии с пунктом 2 части 9 статьи 49 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2021, N 50, ст. 8412) сведений, содержащихся в Едином государственном реестре записей актов гражданского состояния, формирование и ведение которого осуществляются в соответствии с Федеральным законом от 15 ноября 1997 г. N 143-ФЗ "Об актах гражданского состояния" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 47, ст. 5340; 2022, N 29, ст. 5264) (далее - Федеральный закон N 143-ФЗ), в порядке, предусмотренном статьей 13.2 Федерального закона N 143-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 47, ст. 5340; 2016, N 26, ст. 3888; 2022, N 29, ст. 5264);

со дня получения в соответствии с частью 10 статьи 49 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2021, N 50, ст. 8412) сведений об изменении реквизитов документа, удостоверяющего личность застрахованного лица, изменении места жительства и (или) места пребывания посредством использования единой системы межведомственного электронного взаимодействия и подключаемых к ней региональных систем межведомственного электронного взаимодействия;

со дня получения в соответствии с частью 11 статьи 49 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2021, N 50, ст. 8412) от государственных органов, органов местного самоуправления, иных органов и организаций сведений, необходимых для предоставления государственных услуг в сфере обязательного медицинского страхования и ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах, предусмотренных частью 2 статьи 44 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2021, N 50, ст. 8412).

Информация об изменениях: *Пункт 17 изменен с 2 декабря 2022 г. - Приказ ФФОМС от 15 ноября 2022 г. N 166Н*

См. предыдущую редакцию

17. Медицинские организации обеспечивают предоставление в территориальный фонд сведений о:

выборе медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, - в сроки, определенные Правилами ведения учета;

выборе застрахованным лицом врача медицинской организации - в сроки, определенные Правилами ведения учета.

18. Территориальный фонд обеспечивает предоставление в медицинские организации ежедневно или в режиме реального времени изменений, внесенных в региональный сегмент единого реестра застрахованных лиц, в части лиц, прикрепленных к медицинской организации и к

врачу медицинской организации, а также о выборе застрахованным лицом иной медицинской организации или о смене застрахованным лицом территории страхования.

Информация об изменениях: *Пункт 19 изменен с 2 декабря 2022 г. - Приказ ФФОМС от 15 ноября 2022 г. N 166Н*

См. предыдущую редакцию

19. Территориальный фонд обеспечивает предоставление в Федеральный фонд в сроки, определенные Правилами ведения учета:

изменений, внесенных в региональный сегмент единого реестра застрахованных лиц;

сведений о государственной регистрации смерти по лицам, сведения о которых отсутствуют в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц, но умерших на территории субъекта Российской Федерации;

абзац утратил силу с 2 декабря 2022 г. - Приказ ФФОМС от 15 ноября 2022 г. N 166Н

Информация об изменениях: *См. предыдущую редакцию*

в соответствии с подпунктом "а" пункта 24 Правил ведения учета сведений, указанных в пунктах 20 - 22 Правил ведения учета, в том числе по застрахованным лицам, которым выдан полис обязательного медицинского страхования на территории иного субъекта Российской Федерации и которые приняты на медицинское обслуживание медицинскими организациями, осуществляющими деятельность на территории субъекта Российской Федерации по месту нахождения территориального фонда обязательного медицинского страхования.

19.1. Утратил силу с 2 декабря 2022 г. - Приказ ФФОМС от 15 ноября 2022 г. N 166Н

Информация об изменениях: *См. предыдущую редакцию*

19.2. Утратил силу с 2 декабря 2022 г. - Приказ ФФОМС от 15 ноября 2022 г. N 166Н

Информация об изменениях: *См. предыдущую редакцию*

Информация об изменениях: *Пункт 20 изменен с 2 декабря 2022 г. - Приказ ФФОМС от 15 ноября 2022 г. N 166Н*

См. предыдущую редакцию

20. Территориальный фонд обеспечивает предоставление страхователю сведений о застрахованных лицах, которые учтены как неработающие застрахованные лица в сроки, определенные Правилами ведения учета.

Информация об изменениях: *Пункт 21 изменен с 2 декабря 2022 г. - Приказ ФФОМС от 15 ноября 2022 г. N 166Н*

См. предыдущую редакцию

21. Территориальный фонд обеспечивает обработку сведений, получаемых в соответствии с Правилами ведения учета, а также формирование или внесение изменений в записи единого регистра застрахованных лиц:

а) не позднее 10 рабочих дней со дня получения в соответствии с пунктом 17 настоящего Порядка сведений о застрахованных лицах, в том числе о лицах, получивших полис обязательного медицинского страхования на территории иного субъекта Российской Федерации, но принятых на медицинское обслуживание медицинскими организациями, осуществляющими деятельность на территории субъекта Российской Федерации по месту нахождения территориального фонда;

б) не позднее 1 рабочего дня со дня получения сведений, предусмотренных пунктом 16 настоящего Порядка.

Информация об изменениях: *Пункт 22 изменен с 2 декабря 2022 г. - Приказ ФФОМС от 15 ноября 2022 г. N 166Н*

См. предыдущую редакцию

22. Федеральный фонд обеспечивает внесение в единый регистр застрахованных лиц следующих сведений, получаемых в рамках межведомственного информационного взаимодействия при ведении персонафицированного учета:

а) ежеквартально в течение 15 рабочих дней со дня получения в соответствии с частью 2 статьи 49 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2021, N 50, ст. 8412) от федерального органа исполнительной власти, уполномоченного по контролю и надзору в области налогов и сборов, сведений о работающих застрахованных лицах, указанных в пунктах 1 - 10 и 14 части 2 статьи 44 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2021, N 50, ст. 8412);

б) ежеквартально в течение 15 рабочих дней со дня получения в соответствии с частью 6 статьи 49 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2021, N 50, ст. 8412) от федерального органа исполнительной власти в сфере внутренних дел сведений, предусмотренных пунктами 1 и 6 части 2 статьи 44 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2021, N 50, ст. 8412):

о лицах, гражданство Российской Федерации которых прекращено;

об иностранных гражданах, лицах без гражданства, в отношении которых аннулирован вид на жительство в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 г. N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 30, ст. 3032; 2022, N 29, ст. 5324) (далее - Федеральный закон "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации");

об иностранных гражданах, лицах без гражданства, в отношении которых аннулировано разрешение на временное проживание в соответствии с Федеральным законом "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации";

о лицах, признанных беженцами на территории Российской Федерации, при утрате ими статуса беженца или лишения их статуса беженца в соответствии с Федеральным законом от 19 февраля 1993 г. N 4528-1 "О беженцах" (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Суда Российской Федерации, 1993, N 12, ст. 425; Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, N 29, ст. 5309);

в) ежедневно в течение 1 рабочего дня со дня получения:

в соответствии с пунктом 1 части 9 статьи 49 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2021, N 50, ст. 8412) сведений, содержащихся в едином федеральном информационном регистре, содержащем сведения о населении Российской Федерации, формирование и ведение которого осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 8 июня 2020 г. N 168-ФЗ "О едином федеральном информационном регистре, содержащем сведения о населении Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, N 24, ст. 3742; 2022, N 29, ст. 5324) (далее - Федеральный закон "О едином федеральном информационном регистре, содержащем сведения о населении Российской Федерации"), в порядке, предусмотренном частью 7 статьи 11 Федерального закона "О едином федеральном информационном регистре, содержащем сведения о населении Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, N 24, ст. 3742);

в соответствии с пунктом 2 части 9 статьи 49 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2021, N 50, ст. 8412) сведений, содержащихся в Едином государственном реестре записей актов гражданского состояния, формирование и ведение которого осуществляется в соответствии с Федеральным законом N 143-ФЗ, в порядке, предусмотренном статьей 13.2 Федерального закона N 143-ФЗ;

в соответствии с частью 10 статьи 49 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2021, N 50, ст. 8412) сведений об изменении реквизитов документа, удостоверяющего личность застрахованного лица, изменении места жительства и (или) места пребывания посредством использования единой системы межведомственного электронного взаимодействия и подключаемых к ней региональных систем межведомственного электронного взаимодействия;

в соответствии с частью 2.1 статьи 49 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2022, N 29, ст. 5204) сведений об изменении статуса (работающий, неработающий) в отношении лиц, указанных в части 1.1 статьи 10 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2022, N 29,

ст. 5204);

в соответствии с частью 11 статьи 49 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2021, N 50, ст. 8412) от государственных органов, органов местного самоуправления, иных органов и организаций сведений, необходимых для предоставления государственных услуг в сфере обязательного медицинского страхования и ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах, предусмотренных частью 2 статьи 44 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2021, N 50, ст. 8412).

Информация об изменениях: *Пункт 23 изменен с 2 декабря 2022 г. - Приказ ФФОМС от 15 ноября 2022 г. N 166Н*

См. предыдущую редакцию

23. Федеральный фонд обеспечивает предоставление в территориальные фонды: изменений, внесенных в единый регистр застрахованных лиц в соответствии с частью 5 статьи 49¹ Федерального закона¹⁷, - в течение 1 рабочего дня со дня внесения изменений в единый регистр застрахованных лиц; изменений, внесенных в единый регистр застрахованных лиц в связи с изменением застрахованным лицом территории страхования, - ежедневно или в режиме реального времени; сведений, указанных в пункте 22 настоящего Порядка в течение 1 рабочего дня, следующего за днем внесения изменений в единый регистр застрахованных лиц; сведений единого регистра застрахованных лиц, необходимых для идентификации застрахованного лица, - в режиме реального времени.

Информация об изменениях: *Пункт 24 изменен с 2 декабря 2022 г. - Приказ ФФОМС от 15 ноября 2022 г. N 166Н*

См. предыдущую редакцию

24. Федеральный фонд или территориальный фонд в случае использования в целях ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах введенной в эксплуатацию региональной информационной системы обязательного медицинского страхования обеспечивает предоставление в медицинские организации и в страховые медицинские организации в режиме реального времени сведений единого регистра застрахованных лиц, необходимых для идентификации застрахованного лица.

IV. Обмен сведениями при ведении персонифицированного учета сведений об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи

25. Медицинская организация обеспечивает направление в территориальный фонд: счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (в том числе исправленных), - в сроки, установленные Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. N 108н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2019 г., регистрационный N 54643) (далее - Правила обязательного медицинского страхования)¹⁹;

счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (в том числе исправленных), - в сроки, установленные Правилами обязательного медицинского страхования;

сведений о медицинской помощи, оказываемой застрахованному лицу вследствие противоправных действий (бездействия) третьих лиц, - в сроки, установленные Правилами обязательного медицинского страхования;

медицинской документации, учетно-отчетной документации, результатов внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи, иной документации, необходимой для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, - в сроки, установленные порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденным в соответствии с частью 1 статьи 40 Федерального закона²⁰ (далее - Порядок проведения контроля).

26. Медицинская организация обеспечивает направление в страховую медицинскую организацию:

заявок на авансирование оказания медицинской помощи - в сроки, установленные Правилами обязательного медицинского страхования;

медицинской документации, учетно-отчетной документации, результатов внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи, иной документации, необходимой для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, - в сроки, установленные Порядком проведения контроля.

27. Страховая медицинская организация обеспечивает направление в территориальный фонд:

сведений об оплате медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, - в сроки, установленные Правилами обязательного медицинского страхования;

запросов на предоставление средств нормированного страхового запаса территориального фонда - в сроки, установленные Правилами обязательного медицинского страхования;

сведений об авансировании медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования - в сроки, установленные Правилами обязательного медицинского страхования;

заклучений по результатам проведения медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи - в сроки, установленные Порядком проведения контроля;

иных сведений, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, - в сроки, предусмотренные договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

28. Страховая медицинская организация обеспечивает направление в медицинскую организацию заключений по результатам проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи - в сроки, установленные Порядком проведения контроля.

Информация об изменениях: *Пункт 29 изменен с 2 декабря 2022 г. - Приказ ФФОМС от 15 ноября 2022 г. N 166Н*

См. предыдущую редакцию

29. Территориальный фонд обеспечивает направление в медицинскую организацию:

сведений об идентификации застрахованного лица, которому оказана медицинская помощь в медицинской организации, по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, определении страховой медицинской организации, ответственной за оплату счета, - в сроки, установленные Правилами ведения учета;

сведений об идентификации застрахованных лиц, медицинская помощь которым оказана за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором им выдан полис обязательного медицинского страхования, - в сроки, установленные Правилами ведения учета;

заклучений по результатам проведенного медико-экономического контроля счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (в том числе исправленных), - в сроки, установленные Порядком проведения контроля;

заклучений по результатам проведенного медико-экономического контроля счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным# лицам за пределами

территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (в том числе исправленных), - в сроки, установленные Порядком проведения контроля;

заклучений по результатам проведения повторных медико-экономических экспертиз и экспертиз качества оказания медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, - в сроки, установленные Порядком проведения контроля;

заклучений по результатам проведения медико-экономических экспертиз и экспертиз качества оказания медицинской помощи, оказанной медицинской организацией застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, - в сроки, установленные Порядком проведения контроля.

30. Территориальный фонд обеспечивает направление в страховую медицинскую организацию:

счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (в том числе исправленных), - в сроки, установленные Правилами обязательного медицинского страхования;

заклучений по результатам проведенного медико-экономического контроля счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (в том числе исправленных), - в сроки, установленные Порядком проведения контроля;

заклучений по результатам проведения повторных медико-экономических экспертиз и экспертиз качества оказания медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, - в сроки, установленные Порядком проведения контроля;

сведений о принятом в соответствии с частью 2 статьи 32 Федерального закона²¹ территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации решении об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве - в сроки, предусмотренные статьей 32 Федерального закона²².

31. Территориальный фонд обеспечивает получение в соответствии со статьей 32 Федерального закона²² сведений о принятом решении об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве.

32. Территориальный фонд обеспечивает направление в иной территориальный фонд в сроки, предусмотренные Правилами обязательного медицинского страхования:

счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным# лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

заклучений по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

информации об оплате счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным# лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

33. Территориальный фонд обеспечивает ежемесячное, не позднее 5 рабочих дней со дня получения соответствующей информации, направление в Федеральный фонд:

счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (в том числе исправленных);

счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованных# лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (в том числе исправленных);

сведения о медицинской помощи, оказываемой застрахованному лицу вследствие противоправных действий (бездействия) третьих лиц.

34. Медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона, обеспечивают направление в Федеральный фонд в сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования²³:

сведений об оказании медицинской помощи застрахованному лицу (с указанием медицинской помощи, оказываемой застрахованному лицу вследствие противоправных действий (бездействия) третьих лиц);

медицинской документации, учетно-отчетной документации, результатов внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи, иной документации, необходимой для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

35. Федеральный фонд обеспечивает направление в медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона, в сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования²⁴:

заклучений по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи застрахованным лицам в медицинских организациях, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона;

информации об оплате счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, оказывающими специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона.

V. Обмен сведениями при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи

36. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, обеспечивает направление в территориальный фонд в сроки, установленные Правилами обязательного медицинского страхования:

сведений о застрахованных лицах из числа выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи, включенных в списки для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения в календарном году в соответствии с планом проведения диспансеризации;

планов-графиков проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации на текущий календарный год с поквартальной (помесячной) разбивкой в разрезе терапевтических участков (участков врача общей практики (семейного врача), фельдшерских участков);

сведений о застрахованных лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в медицинской организации, на календарный год;

сведений о застрахованных лицах, направленных на диспансерное наблюдение;

графиков работы медицинской организации, в том числе отделений (кабинетов) для прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том

числе в вечерние часы и в субботу, а также выездных мобильных бригад с указанием адресов их работы;

сведений о застрахованных лицах:

включенных в списки для проведения профилактического медицинского осмотра первого этапа диспансеризации;

прошедших профилактический медицинский осмотр, в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смерти населения;

начавших прохождение диспансеризации;

завершивших первый этап диспансеризации;

направленных на второй этап диспансеризации, с указанием перечня дополнительных обследований и консультаций врачей-специалистов, назначенных застрахованному лицу к выполнению на втором этапе диспансеризации для уточнения диагноза заболевания;

завершивших второй этап диспансеризации;

получивших направление в медицинскую организацию на госпитализацию в разрезе профилей медицинской помощи, включая дату госпитализации.

37. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и (или) специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, обеспечивает направление в территориальный фонд в сроки, определенные Правилами обязательного медицинского страхования, сведений о:

выполнении объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования²⁵ в разрезе профилей медицинской помощи, оказание которой предусмотрено лицензией на осуществление медицинской деятельности медицинской организации;

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

застрахованных лицах, госпитализированных за день по направлениям, в том числе на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в плановом порядке в разрезе профилей медицинской помощи с указанием медицинских организаций, направивших застрахованных лиц 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;

застрахованных лицах, получивших направление в медицинскую организацию на госпитализацию в разрезе профилей медицинской помощи, включая дату госпитализации.

38. Медицинская организация, оказывающая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, в сроки, установленные Правилами обязательного медицинского страхования, направляет в территориальный фонд сведения о застрахованных лицах, которыми получены рекомендации медицинских работников федеральных государственных бюджетных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении консультаций (консилиумов) с применением телемедицинских технологий.

39. Страховая медицинская организация обеспечивает направление в территориальный фонд в сроки, установленные Правилами обязательного медицинского страхования, сведений о:

индивидуальном информировании застрахованных лиц о:

необходимости прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации;

необходимости завершения прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации;

направлении застрахованного лица на второй этап диспансеризации;

первичном и повторном информировании застрахованного лица, находящегося под диспансерным наблюдением, и не прошедшего диспансерный прием (осмотр, консультацию) на момент осуществления информирования, о необходимости прохождения диспансерного приема (осмотра, консультации) в установленные сроки с указанием способов первичного и повторного информирования.

40. Территориальный фонд обеспечивает направление в Федеральный фонд в течение 1 рабочего дня со дня получения информации, указанной в пункте 40 настоящего Порядка:

ГАРАНТ: По-видимому, в тексте предыдущего абзаца допущена опечатка. Имеется в виду "пункте 39"

сведений о застрахованных лицах из числа выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи, включенных в списки для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения в календарном году в соответствии с планом проведения диспансеризации;

планов-графиков проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации на текущий календарный год с поквартальной (помесячной) разбивкой в разрезе терапевтических участков (участков врача общей практики (семейного врача), фельдшерских участков);

сведений о застрахованных лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в медицинской организации, на календарный год;

сведений о застрахованных лицах, направленных на диспансерное наблюдение;

графиков работы медицинской организации, в том числе отделений (кабинетов) для прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе в вечерние часы и в субботу, а также выездных мобильных бригад с указанием адресов их работы;

сведений о застрахованных лицах:

включенных в списки для проведения профилактического медицинского осмотра первого этапа диспансеризации;

прошедших профилактический медицинский осмотр, в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смерти населения;

начавших проходить диспансеризации;

завершивших первый этап диспансеризации;

направленных на второй этап диспансеризации, с указанием перечня дополнительных обследований и консультаций врачей-специалистов, назначенных застрахованному лицу к выполнению на втором этапе диспансеризации для уточнения диагноза заболевания;

завершивших второй этап диспансеризации;

получивших направление в медицинскую организацию на госпитализацию в разрезе профилей медицинской помощи, включая дату госпитализации.

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

41. Медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона, обеспечивают направление в Федеральный фонд в сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, сведений о:

свободном коечном фонде медицинской организации по профилям медицинской помощи;

госпитализации застрахованных лиц для оказания медицинской помощи;

уточнении диагноза застрахованного лица, госпитализированного для оказания медицинской помощи, сведения о необходимости оказания дополнительной медицинской помощи

застрахованному лицу, в том числе медицинской помощи, возможностями к оказанию которой медицинская организация не располагает.

VI. Обработка участником информационного взаимодействия сведений, полученных в рамках информационного взаимодействия

42. Участник информационного взаимодействия при получении сведений, предоставленных ему в рамках информационного взаимодействия посредством интеграции информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования, обеспечивает проведение их проверки на соответствие форматам их предоставления, а также проведение проверки полученных сведений на непротиворечивость между собой и иным сведениям, содержащимся в информационной системе участника информационного взаимодействия, в целях исключения неточностей (далее - проверка на непротиворечивость).

43. В случае соответствия полученных сведений форматам их предоставления, участник информационного взаимодействия, получивший сведения, обеспечивает направление участнику информационного взаимодействия, направившему сведения, незамедлительно, но не позднее рабочего дня, следующего за днем получения таких сведений, протокола о получении сведений.

44. В случае несоответствия полученных сведений форматам их предоставления, участник информационного взаимодействия, получивший сведения, обеспечивает направление участнику информационного взаимодействия, направившему сведения, незамедлительно, не позднее рабочего дня, следующего за днем получения таких сведений, протокола о неполучении сведений.

45. Участник информационного взаимодействия, направивший сведения, в течение 1 рабочего дня, со дня получения протокола о неполучении сведений, осуществляет повторное формирование таких сведений в соответствии с форматами предоставления сведений и направление их участнику информационного взаимодействия.

Информация об изменениях: Пункт 46 изменен с 2 декабря 2022 г. - Приказ ФФОМС от 15 ноября 2022 г. N 166Н

См. предыдущую редакцию

46. В случае необнаружения по итогам проведения проверки на непротиворечивость неточностей в сведениях, полученных участником информационного взаимодействия в соответствии с настоящим Порядком, участник информационного взаимодействия, получивший сведения, обеспечивает направление участнику информационного взаимодействия, направившему сведения, в срок, установленный Правилами ведения учета, или в ином случае в срок, не превышающий 3 рабочих дней со дня получения сведений, протокола о приеме сведений.

47. В случае обнаружения по итогам проведения проверки на непротиворечивость неточностей в сведениях, полученных участником информационного взаимодействия в соответствии с настоящим Порядком, участник информационного взаимодействия, получивший сведения, направляет участнику информационного взаимодействия, направившему сведения, запрос в электронной форме для проверки указанных сведений (с указанием перечня обнаруженных неточностей) и направления уточненных сведений.

Информация об изменениях: Пункт 48 изменен с 8 марта 2022 г. - Приказ ФФОМС от 11 февраля 2022 г. N 17Н

См. предыдущую редакцию

48. В случае получения запроса, предусмотренного пунктом 47 настоящего Порядка, участник информационного взаимодействия, направивший сведения, в срок, не превышающий 3 рабочих дней со дня получения запроса, осуществляет проверку ранее направленных сведений, исправление выявленных неточностей (при наличии) и обеспечивает повторное направление уточненных сведений в соответствии с настоящим Порядком участнику информационного взаимодействия, получившему сведения, или в случае подтверждения отсутствия в ранее направленных сведениях неточностей - протокола об отсутствии в ранее направленных сведениях

неточностей.

Информация об изменениях: *Сноски изменены с 2 декабря 2022 г. - Приказ ФФОМС от 15 ноября 2022 г. N 166Н*
См. предыдущую редакцию

¹ Часть 10 статьи 14 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; 2016, N 27, ст. 4219) (далее - Федеральный закон).

² Часть 3 статьи 15 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422).

³ Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2020, N 50, ст. 8075.

⁴ Подпункт "а" пункта 27 Правил функционирования государственной информационной системы обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11 июня 2021 г. N 901 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, N 25, ст. 4814) (далее - Правила).

⁵ Часть 7 статьи 44.1 Федерального закона.

⁶ Пункт 7 Правил.

⁷ Пункт 15 Положения о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 9 февраля 2022 г. N 140 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, N 8, ст. 1152). Срок действия постановления ограничен до 1 марта 2028 г.

⁸ Пункт 5 Правил.

⁹ Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2012, N 49, ст. 6758.

¹⁰ Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 2022, 10 ноября, N 0001202211100053.

¹¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 47, ст. 5340; 2016, N 26, ст. 3888.

¹² Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, N 1, ст. 41; 2020, N 14, ст. 2112.

¹³ Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422.

¹⁴ Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2015, N 51, ст. 7245.

¹⁵ Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422.

¹⁶ Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2015, N 51, ст. 7245.

¹⁷ Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2018, N 31, ст. 4857.

¹⁸ Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422.

¹⁹ С изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 апреля 2020 г. N 299н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 апреля 2020 г., регистрационный N 58074), от 25 сентября 2020 г. N 1024н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2020 г., регистрационный N 60369) и от 10 февраля 2021 г. N 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 марта 2021 г., регистрационный N 62797).

²⁰ Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2020, N 50, ст. 8075.

²¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2017, N 1, ст. 34.

²² Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2017, N 1, ст. 34.

²³ Типовая форма договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 г. N 1396н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 31 декабря 2020 г., регистрационный N 62003) (далее - типовая форма договора).

²⁴ Типовая форма договора.

²⁵ Части 9 и 10 статьи 36 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2012, N 49, ст. 6758; 2020, N 50, ст. 8075).