

## **Приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.01.2011 N 29н – Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования – Действующая последняя редакция от 15.01.2019 – Зарегистрировано в Минюсте РФ 08.02.2011 N 19742 – Начало действия редакции 11.02.2019**

Список изменяющих документов (в ред. Приказов Минздрава РФ от 08.12.2016 N 941н, от 15.01.2019 N 12н)

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.

### **Порядок ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования**

Список изменяющих документов (в ред. Приказов Минздрава РФ от 08.12.2016 N 941н, от 15.01.2019 N 12н)

#### **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);

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

(пп. 15 введен Приказом Минздрава РФ от 15.01.2019 N 12н)

16) сведения о медицинском работнике, выбранном застрахованным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации для получения первичной медико-санитарной помощи.

(пп. 16 введен Приказом Минздрава РФ от 15.01.2019 N 12н)

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) сведения о медицинской организации, оказавшей медицинские услуги;

(пп. 2 в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.01.2019 N 12н)

- 3) виды оказанной медицинской помощи;
- 4) условия оказания медицинской помощи;
- 4.1) формы оказания медицинской помощи;

(пп. 4.1 введен Приказом Минздрава РФ от 15.01.2019 N 12н)

- 5) сроки оказания медицинской помощи;
- 6) объемы оказанной медицинской помощи;
- 7) стоимость оказанной медицинской помощи;
- 8) диагноз;

- 9) профиль оказания медицинской помощи;
- 10) сведения о медицинских услугах, оказанных застрахованному лицу, и о примененных лекарственных препаратах;  
(пп. 10 в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.01.2019 N 12н)
- 11) примененные стандарты медицинской помощи;  
(пп. 11 в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.01.2019 N 12н)
- 12) сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинские услуги;  
(пп. 12 в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.01.2019 N 12н)
- 13) результат обращения за медицинской помощью;
- 14) результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

#### Примечание.

Если федеральными законами и иными нормативными правовыми актами, вступившими в силу до 01.07.2013, предусмотрено использование электронной цифровой подписи, то используется усиленная квалифицированная электронная подпись (ФЗ 06.04.2011 N 63-ФЗ).

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 установленными 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, медицинской организацией, налоговыми органами, военными комиссариатами, а также на основании сведений, предоставленных в рамках межведомственного взаимодействия из иных государственных информационных систем в соответствии с настоящим Порядком.  
(в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.01.2019 N 12н)

11. Страховая медицинская организация, 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.  
(в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.01.2019 N 12н)

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 в него сведений о застрахованных лицах страховая медицинская организация формирует и передает информационные файлы с изменениями сведений о застрахованных лицах, предусмотренных [подпунктами 1 - 13 пункта 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 целях актуализации сведений о медицинской организации и медицинском работнике, выбранных застрахованным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации для получения первичной медико-санитарной помощи, медицинская организация формирует и передает информационные файлы с изменениями сведений о застрахованных лицах, предусмотренных [подпунктами 1, 3, 11, 15 и 16 пункта 3](#) настоящего Порядка, в страховые медицинские организации и территориальный фонд 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.  
(п. 13 в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.01.2019 N 12н)

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

(в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.01.2019 N 12н)

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, медицинским организациям для проведения корректировки сведений о застрахованных лицах.

(в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.01.2019 N 12н)

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 (далее - Федеральный фонд) 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.

(в ред. Приказов Минздрава РФ от 08.12.2016 N 941н, от 15.01.2019 N 12н)

18. Военные комиссариаты ежеквартально не позднее 15-го числа месяца, следующего за отчетным периодом, передают в территориальные фонды сведения о призванных на военную службу гражданах, предусмотренные пунктами 1 и 6 части 2 статьи 44 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; 2012, N 31, ст. 4322, N 49, ст. 6758; 2013, N 48, ст. 6165; 2014, N 11, ст. 1098; 2015, N 51, ст. 7245; 2018, N 31, ст. 4857) (далее - Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"), и информацию о начале, сроке и окончании военной службы в соответствии с частью 8 статьи 49 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

(п. 18 в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.01.2019 N 12н)

19. Территориальный фонд:

1) по мере необходимости, но не реже 1 раза в день, проводит проверку достоверности сведений о застрахованном лице, полученных от страховой медицинской организации, путем направления запросов в органы, осуществляющие выдачу и замену документов, удостоверяющих личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации, и в случае выявления несоответствий в сведениях о застрахованном лице направляет информационные файлы в страховую медицинскую организацию с их указанием;

2) еженедельно на основании сведений о государственной регистрации заключения или расторжения брака, установления отцовства, перемены имени, содержащихся в Едином государственном реестре записей актов гражданского состояния, предоставленных в рамках межведомственного взаимодействия в соответствии со статьей 13.2 Федерального закона от 15 ноября 1997 г. N 143-ФЗ "Об актах гражданского состояния" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 47, ст. 5340; 2016, N 26, ст. 3888; 2018, N 31, ст. 4857, 4861, N 53, ст. 8454), осуществляет идентификацию застрахованного лица по региональному

сегменту единого регистра застрахованных лиц в целях определения страховой медицинской организации, в которой оно застраховано, и в случае изменения сведений о застрахованном лице направляет указанные сведения в страховую медицинскую организацию для обеспечения контроля за изменением сведений о документе, удостоверяющем личность застрахованного лица, переоформлением полиса обязательного медицинского страхования и дальнейшим направлением информационных файлов в территориальный фонд для актуализации регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц в течение 30 дней со дня государственной регистрации заключения или расторжения брака, установления отцовства, перемены имени;

3) ежемесячно:

а) на основании сведений о государственной регистрации смерти, содержащихся в Едином государственном реестре записей актов гражданского состояния, предоставленных в рамках межведомственного взаимодействия в соответствии со статьей 13.2 Федерального закона от 15 ноября 1997 г. N 143-ФЗ "Об актах гражданского состояния" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 47, ст. 5340; 2016, N 26, ст. 3888; 2018, N 31, ст. 4857, 4861, N 53, ст. 8454):

- прекращает действие полиса обязательного медицинского страхования для лиц, сведения о которых имеются в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц;

- направляет в Федеральный фонд информационные файлы со сведениями о государственной регистрации смерти по лицам, сведения о которых отсутствуют в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц;

б) осуществляет запрос в Федеральный фонд для получения сведений о лицах, сведения о которых имеются в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц, но умерших за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором он застрахован;

в) на основании сведений, полученных от Федерального фонда, признает полис обязательного медицинского страхования недействительным в случае:

- прекращения гражданства Российской Федерации при отсутствии оснований для признания лица застрахованным лицом в соответствии с частью 1 статьи 10 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" - со дня поступления сведений в соответствии с [подпунктом 1 пункта 27.1](#) настоящего Порядка;

- аннулирования вида на жительство в отношении иностранных граждан, лиц без гражданства - со дня поступления сведений в соответствии с [подпунктом 2 пункта 27.1](#) настоящего Порядка;

- аннулирования разрешения на временное проживание в отношении иностранных граждан, лиц без гражданства - со дня поступления сведений в соответствии с [подпунктом 3 пункта 27.1](#) настоящего Порядка;

- утраты или лишения статуса беженца - со дня поступления сведений в соответствии с [подпунктом 4 пункта 27.1](#) настоящего Порядка;

4) ежеквартально:

а) на основании сведений о застрахованном лице, предусмотренных [пунктом 17](#) настоящего Порядка, в течение 15 рабочих дней со дня получения:

- актуализирует региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц и направляет информационные файлы со сведениями о работающих застрахованных лицах в Федеральный фонд;

- направляет в Федеральный фонд информационные файлы со сведениями о работающих застрахованных лицах, сведения о которых отсутствуют в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц;

б) не позднее 15-го числа третьего месяца, следующего за отчетным периодом, предоставляет страхователю для неработающих граждан сведения о застрахованных лицах, которые учтены как неработающие застрахованные лица, и сведения о которых, предусмотренные [подпунктами 1 - 10, 14 пункта 3](#) настоящего Порядка, не предоставлены в соответствии с [пунктом 17](#) настоящего Порядка;

в) на основании сведений, предусмотренных [пунктом 18](#) настоящего Порядка, приостанавливает действие полиса обязательного медицинского страхования.

(п. 19 в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.01.2019 N 12н)

20. Территориальный фонд обеспечивает актуализацию регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц на основании сведений в соответствии с [подпунктами 2 - 4 пункта 19](#) настоящего Порядка, уведомляет об этом страховые медицинские организации и направляет информационные файлы в Федеральный фонд для актуализации центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

(п. 20 в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.01.2019 N 12н)

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 "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

(в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.01.2019 N 12н)

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 и медицинской организации с указанием перечня несоответствий.

(п. 23 в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.01.2019 N 12н)

#### **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 застрахованном лице, в том числе о приостановлении действия полиса обязательного медицинского страхования, о признании полиса обязательного медицинского страхования недействительным, о государственной регистрации смерти, о статусе застрахованных лиц (работающий, неработающий), о медицинских организациях и медицинских работниках, выбранных застрахованными лицами.

(п. 27 в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.01.2019 N 12н)

27.1. Федеральный фонд ежеквартально, не позднее 15-го числа месяца, следующего за отчетным периодом, обеспечивает обработку сведений, поступающих от федерального органа исполнительной власти в сфере внутренних дел, предусмотренных [подпунктами 1 и 6 пункта 3](#) настоящего Порядка:

1) о лицах, гражданство Российской Федерации которых прекращено;

2) 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; 2018, N 1, ст. 77, ст. 82, N 27, ст. 3951, N 30, ст. 4537, ст. 4551);

3) об иностранных гражданах, лицах без гражданства, в отношении которых аннулировано разрешение на временное проживание 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; 2018, N 1, ст. 77, ст. 82, N 27, ст. 3951, N 30, ст. 4537, ст. 4551);

4) о лицах, признанных беженцами на территории Российской Федерации, при утрате ими статуса беженца или лишении их статуса беженца в соответствии с Федеральным законом от 19 февраля 1993 г. N 4528-1 "О беженцах" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 26, ст. 2956; 1998, N 30, ст. 3613; 2000, N 33, ст. 3348, N 46, ст. 4537; 2003, N 27, ст. 2700; 2004, N 27, ст. 2711, N 35, ст. 3607; 2006, N 31, ст. 3420; 2007, N 1, ст. 29; 2008, N 30, ст. 3616; 2011, N 1, ст. 29, N 27, ст. 3880; 2012, N 10, ст. 1166, N 47, ст. 6397, N 53, ст. 7647; 2013, N 27, ст. 3477; 2014, N 52, ст. 7557; 2018, N 1, ст. 82).

(п. 27.1 введен Приказом Минздрава РФ от 15.01.2019 N 12н)

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, медицинскими организациями, территориальными фондами и Федеральным фондом в целях ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах, предусмотренных [пунктом 3](#) настоящего Порядка, 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.

(в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.01.2019 N 12н)

## **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.

**Примечание.**

Если федеральными законами и иными нормативными правовыми актами, вступившими в силу до 01.07.2013, предусмотрено использование электронной цифровой подписи, то используется усиленная квалифицированная электронная подпись (ФЗ 06.04.2011 N 63-ФЗ).

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 установленными законодательством Российской Федерации требованиями по защите персональных данных.

---