**Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. № 124н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"**

26 апреля 2019

В соответствии со статьей 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165; 2016, № 27, ст. 4219) приказываю:

1. Утвердить порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения согласно [приложению](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1000).

2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2012 г. № 1011н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 декабря 2012 г., регистрационный № 26511);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2017 г. № 869н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 декабря 2017 г., регистрационный № 49214).

|  |  |
| --- | --- |
| Министр | В.И. Скворцова |

Зарегистрировано в Минюсте РФ 24 апреля 2019 г.  
Регистрационный № 54495

Приложение  
к [приказу](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#0) Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 13.03.2019 г. № 124н

**Порядок  
проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения**

1. Настоящий порядок регулирует вопросы, связанные с проведением в медицинских организациях профилактического медицинского осмотра и диспансеризации следующих групп взрослого населения (в возрасте от 18 лет и старше):

1) работающие граждане;

2) неработающие граждане;

3) обучающиеся в образовательных организациях по очной форме.

Настоящий порядок не применяется в случаях, когда законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации установлен иной порядок проведения профилактического медицинского осмотра или диспансеризации отдельных категорий граждан.

2. Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации[1](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1111111).

3. Медицинские мероприятия, проводимые в рамках настоящего порядка, направлены на:

1) профилактику и раннее выявление (скрининг) хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (далее - хронические неинфекционные заболевания), факторов риска их развития, включающих повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемию, повышенный уровень глюкозы в крови натощак, курение табака, риск пагубного потребления алкоголя, нерациональное питание, низкую физическую активность, избыточную массу тела или ожирение (далее - факторы риска), а также риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

2) определение группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, а также для здоровых граждан;

3) проведение профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития;

4) определение группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), включая граждан с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском.

4. Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно:

1) в качестве самостоятельного мероприятия;

2) в рамках диспансеризации;

3) в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации).

5. Диспансеризация проводится[2](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#2222222):

1) 1 раз в три года в возрасте от 18 до 39 лет включительно;

2) ежегодно в возрасте 40 лет и старше, а также в отношении отдельных категорий граждан, включая:

а) инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий)[3](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#3333333);

б) лиц, награжденных знаком "Жителю блокадного Ленинграда" и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий)[4](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#4444444);

в) бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий)[5](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#5555555);

г) работающих граждан, не достигших возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающих граждан, являющихся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет[6](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#6666666).

6. Перечень приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, определяется в соответствии с [пунктами 16-18](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1016) настоящего порядка и [приложениями № 1](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#11000) и [№ 2](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#12000) к настоящему порядку.

7. Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация проводятся в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья обеспечивают организацию прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе в вечерние часы и субботу, а также предоставляют гражданам возможность дистанционной записи на приемы (осмотры, консультации) медицинскими работниками, исследования и иные медицинские вмешательства, проводимые в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

8. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья размещают на своих официальных сайтах в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" информацию о медицинских организациях, на базе которых граждане могут пройти профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию.

При необходимости для проведения приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, могут привлекаться медицинские работники медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь.

9. Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация осуществляются медицинскими организациями (иными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность) (далее - медицинская организация) независимо от организационно-правовой формы, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей работы (услуги) по "медицинским осмотрам профилактическим", "терапии" или "общей врачебной практике (семейной медицине)", "акушерству и гинекологии"[7](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#7777777) или "акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)", "акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)", "акушерскому делу" или "лечебному делу", "офтальмологии", "неврологии", "оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации)", "хирургии" или "колопроктологии", "рентгенологии", "клинической лабораторной диагностике" или "лабораторной диагностике", "функциональной диагностике", "ультразвуковой диагностике", "урологии", "эндоскопии".

10. Гражданин проходит профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

11. Необходимым предварительным условием проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации является дача информированного добровольного согласия гражданина (его законного представителя) на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона № 323-ФЗ.

Гражданин вправе отказаться от проведения профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации.

12. Руководитель медицинской организации, медицинские работники отделения (кабинета) медицинской профилактики и центра здоровья являются ответственными за проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации.

Медицинский работник, уполномоченный руководителем медицинской организации, осуществляет информационное взаимодействие со страховыми медицинскими организациями в целях организации информирования граждан, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру и (или) диспансеризации в текущем году, или их законных представителей о возможности прохождения профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н[8](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#8888888) (далее - Правила обязательного медицинского страхования).

Врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач) (далее - врач-терапевт) является ответственным за организацию и проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации населения терапевтического, в том числе цехового, участка (участка врача общей практики (семейного врача), обслуживаемой территории (далее - участок).

Фельдшер фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта является ответственным за проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации населения фельдшерского участка в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по проведению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н "Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты"[9](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#9999999).

13. Основными задачами фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта при организации и проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации являются:

1) привлечение населения, прикрепленного к фельдшерскому участку, к прохождению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, информирование об их целях, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к регулярному прохождению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи;

2) инструктаж граждан, прибывших на профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию, о порядке их прохождения и последовательности проведения обследования;

3) выполнение приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации:

опроса (анкетирования) граждан и подготовки заключения по его результатам, а также установления факта наличия дополнительных жалоб на состояние здоровья, не выявленных при опросе (анкетировании) (далее - анкетирование);

расчета на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела;

измерения артериального давления на периферических артериях;

определения уровня общего холестерина в крови;

определения уровня глюкозы в крови натощак;

электрокардиографии в покое;

измерения внутриглазного давления;

осмотра фельдшером (акушеркой) и (или) взятия мазка с шейки матки в рамках проведения скрининга, направленного на раннее выявление онкологических заболеваний, согласно [приложению № 2](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#12000) к настоящему порядку;

определения факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний на основании диагностических критериев, предусмотренных [приложением № 3](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#13000) к настоящему порядку;

определения относительного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно и абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза, сахарного диабета второго типа и хронических болезней почек;

приема (осмотра) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотра на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающего осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов;

проведения краткого индивидуального профилактического консультирования в рамках первого этапа диспансеризации;

4) организация выполнения приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, не указанных в [подпункте 3](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1133) настоящего пункта, в том числе направление по результатам профилактического медицинского осмотра граждан, находящихся под диспансерным наблюдением (с III группой здоровья), на прием (осмотр) врачом-терапевтом, врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья в объеме, предусмотренном в [подпункте 11 пункта 16](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#11611) настоящего порядка;

5) разъяснение пациентам с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний мер по их снижению, а пациентам с высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, больным ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза, болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, основных симптомов инфаркта миокарда и инсульта, а также правил первой помощи при их развитии, жизненной важности своевременного (не позднее 5 мин от начала появления симптомов) вызова бригады скорой медицинской помощи;

6) подведение итогов проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации на фельдшерском участке;

7) формирование комплекта документов, заполнение карты учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров) по форме, утверждаемой в соответствии с частью 3 статьи 97 Федерального закона № 323-ФЗ Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - карта учета диспансеризации);

8) информирование граждан о возможности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" (далее - Федеральный закон № 38-ФЗ)[10](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1010101) с предоставлением адресов медицинских организаций, в которых возможно осуществить добровольное, в том числе анонимное, освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции.

14. Основными задачами врача-терапевта при организации и проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации являются:

1) привлечение населения, прикрепленного к участку, к прохождению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, информирование граждан об их целях, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к регулярному прохождению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи;

2) прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе граждан, направленных в соответствии с [подпунктом 4 пункта 13](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1134) и [подпунктом 6 пункта 15](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1156) настоящего порядка, в объеме, предусмотренном в [подпункте 11 пункта 16](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#11611) настоящего порядка, прием (осмотр) по результатам первого этапа диспансеризации, включающий осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающих осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза заболевания (состояния), определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и исследований в рамках второго этапа диспансеризации, а также прием (осмотр) по результатам второго этапа диспансеризации в объеме, предусмотренном в [подпункте 13 пункта 18](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#11813) настоящего порядка;

3) разъяснение пациентам с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний о мерах по их снижению, а пациентам с высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, больным ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза, болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением основных симптомов инфаркта миокарда и инсульта, а также правил первой помощи при их развитии, жизненной важности своевременного (не позднее 5 мин от начала появления симптомов) вызова бригады скорой медицинской помощи;

4) подведение итогов проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации на участке;

5) информирование граждан о возможности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции в соответствии со статьей 7 Федерального закона № 38-ФЗ с предоставлением адресов медицинских организаций, в которых возможно осуществить добровольное, в том числе анонимное, освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции.

В случае отсутствия в медицинской организации отделения (кабинета) медицинской профилактики к задачам врача-терапевта (в том числе врачебной амбулатории) при организации и проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации относятся задачи, предусмотренные [подпунктами 1](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1151), [3](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1153), [абзацами первым - десятым](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1154), двенадцатым, тринадцатым [подпункта 4](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1154), [5](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1155), [7-9 пункта 15](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1157) настоящего порядка.

15. Основными задачами отделения (кабинета) медицинской профилактики и центра здоровья при организации и проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации являются:

1) составление плана проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации в текущем календарном году;

2) участие в информировании населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, их целях, а также в проведении разъяснительной работы и мотивировании граждан к прохождению профилактического медицинского осмотра, диспансеризации;

3) инструктаж граждан, прибывших на профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию, о порядке их прохождения и последовательности проведения обследования;

4) выполнение приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и диспансеризации:

анкетирования;

расчета на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела;

измерения артериального давления на периферических артериях;

определения уровня общего холестерина в крови;

определения уровня глюкозы в крови натощак;

измерения внутриглазного давления;

определения факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний на основании диагностических критериев, предусмотренных [приложением № 3](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#13000) к настоящему порядку;

определения относительного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно, и абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза, сахарного диабета второго типа и хронических болезней почек;

приема (осмотра) по результатам профилактического медицинского осмотра в объеме, предусмотренном в [подпункте 11 пункта 16](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#11611) настоящего порядка;

проведения краткого индивидуального профилактического консультирования в рамках первого этапа диспансеризации и углубленного профилактического консультирования в рамках второго этапа диспансеризации;

5) организация выполнения медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, не указанных в [подпункте 4](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1154) настоящего пункта;

6) направление по результатам профилактического медицинского осмотра на прием (осмотр) к врачу-терапевту граждан, у которых по результатам анкетирования, приема (осмотра) и исследований выявляются жалобы на здоровье и (или) патологические изменения исследуемых показателей, которых ранее не было или их степень выраженности (отклонение от нормы) увеличилась;

7) разъяснение пациентам с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний мер по их снижению, а пациентам с высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, больным ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза, болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, основных симптомов инфаркта миокарда и инсульта, а также правил первой помощи при их развитии, жизненной важности своевременного (не позднее 5 мин от начала появления симптомов) вызова бригады скорой медицинской помощи;

8) формирование комплекта документов, заполнение карты учета диспансеризации;

9) заполнение форм статистической отчетности, используемых при проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации;

10) подведение итогов проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации в медицинской организации;

11) информирование граждан о возможности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции в соответствии со статьёй 7 Федерального закона № 38-ФЗ с предоставлением адресов медицинских организаций, в которых возможно осуществить добровольное, в том числе анонимное, освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции.

16. Профилактический медицинский осмотр включает в себя:

1) анкетирование граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год в целях:

сбора анамнеза, выявления отягощенной наследственности, жалоб, симптомов, характерных для следующих неинфекционных заболеваний и состояний: стенокардии, перенесенной транзиторной ишемической атаки или острого нарушения мозгового кровообращения, хронической обструктивной болезни легких, заболеваний желудочно-кишечного тракта;

определения факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний: курения, риска пагубного потребления алкоголя, риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, характера питания, физической активности;

выявления у граждан в возрасте 65 лет и старше риска падений, жалоб, характерных для остеопороза, депрессии, сердечной недостаточности, некоррегированных нарушений слуха и зрения;

2) расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела, для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;

3) измерение артериального давления на периферических артериях для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;

4) исследование уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода) для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;

5) определение уровня глюкозы в крови натощак (допускается использование экспресс-метода) для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;

6) определение относительного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно 1 раз в год;

7) определение абсолютного сердечно-сосудистого риска[11](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#10) у граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно 1 раз в год;

8) флюорографию легких или рентгенографию легких для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в 2 года[12](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1212121);

9) электрокардиографию в покое при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 35 лет и старше 1 раз в год;

10) измерение внутриглазного давления при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 40 лет и старше 1 раз в год;

11) осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом женщин в возрасте от 18 до 39 лет 1 раз в год;

12) прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья.

17. Диспансеризация проводится в два этапа.

Первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, риска пагубного употребления алкоголя, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, определения группы здоровья, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации и включает в себя:

1) для граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно 1 раз в 3 года:

а) проведение профилактического медицинского осмотра в объеме, указанном в [подпунктах 1-11 пункта 16](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1161) настоящего порядка;

б) проведение мероприятий скрининга, направленного на раннее выявление онкологических заболеваний, согласно [приложению № 2](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#12000) к настоящему порядку;

в) проведение краткого индивидуального профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) врачом-терапевтом;

г) прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпация щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации;

2) для граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно 1 раз в год (за исключением приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем первого этапа диспансеризации, с иной периодичностью):

а) проведение профилактического медицинского осмотра в объеме, указанном в [подпунктах 1-10 пункта 16](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1161) настоящего порядка;

б) проведение мероприятий скрининга, направленного на раннее выявление онкологических заболеваний, согласно [приложению № 2](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#12000) к настоящему порядку;

в) общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ);

г) проведение краткого индивидуального профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья);

д) прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации;

3) для граждан в возрасте 65 лет и старше 1 раз в год (за исключением приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем первого этапа диспансеризации, с иной периодичностью):

а) проведение профилактического медицинского осмотра в объеме, указанном в [подпунктах 1-10 пункта 16](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1161) настоящего порядка;

б) проведение мероприятий скрининга, направленного на раннее выявление онкологических заболеваний, согласно [приложению № 2](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#12000) к настоящему порядку;

в) общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ);

г) проведения краткого индивидуального профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья);

д) прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации.

18. Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает в себя:

1) осмотр (консультацию) врачом-неврологом (при наличии впервые выявленных указаний или подозрений на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения для граждан, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением, а также в случаях выявления по результатам анкетирования нарушений двигательной функции, когнитивных нарушений и подозрений на депрессию у граждан в возрасте 65 лет и старше, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением);

2) дуплексное сканирование брахицефальных артерий (для мужчин в возрасте от 45 до 72 лет включительно и женщин в возрасте от 54 до 72 лет включительно при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний: повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела или ожирение, а также по направлению врача-невролога при впервые выявленном указании или подозрении на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения для граждан в возрасте от 65 до 90 лет, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением);

3) осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-урологом (для мужчин в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет при повышении уровня простат-специфического антигена в крови более 4 нг/мл);

4) осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом, включая проведение ректороманоскопии (для граждан в возрасте от 40 до 75 лет включительно с выявленными патологическими изменениями по результатам скрининга на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки, при отягощенной наследственности по семейному аденоматозу и (или) злокачественным новообразованиям толстого кишечника и прямой кишки, при выявлении других медицинских показаний по результатам анкетирования, а также по назначению врача-терапевта, врача-уролога, врача-акушера-гинеколога в случаях выявления симптомов злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки);

5) колоноскопию (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования толстого кишечника по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога);

6) эзофагогастродуоденоскопия (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки по назначению врача-терапевта);

7) рентгенографию легких, компьютерную томографию легких (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования легкого по назначению врача-терапевта);

8) спирометрию (для граждан с подозрением на хроническое бронхолегочное заболевание, курящих граждан, выявленных по результатам анкетирования, - по назначению врача-терапевта);

9) осмотр (консультацию) врачом-акушером-гинекологом (для женщин в возрасте 18 лет и старше с выявленными патологическими изменениями по результатам скрининга на выявление злокачественных новообразований шейки матки, в возрасте от 40 до 75 лет с выявленными патологическими изменениями по результатам мероприятий скрининга, направленного на раннее выявление злокачественных новообразований молочных желез);

10) осмотр (консультация) врачом-оториноларингологом (для граждан в возрасте 65 лет и старше при наличии медицинских показаний по результатам анкетирования или приема (осмотра) врача-терапевта);

11) осмотр (консультация) врачом-офтальмологом (для граждан в возрасте 40 лет и старше, имеющих повышенное внутриглазное давление, и для граждан в возрасте 65 лет и старше, имеющих снижение остроты зрения, не поддающееся очковой коррекции, выявленное по результатам анкетирования);

12) проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) для граждан:

а) с выявленной ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением;

б) с выявленным по результатам анкетирования риском пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

в) для всех граждан в возрасте 65 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении;

г) при выявлении высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, и (или) ожирения, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, а также установленным по результатам анкетирования курению более 20 сигарет в день, риске пагубного потребления алкоголя и (или) риске немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ;

13) прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам второго этапа диспансеризации, включающий установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы здоровья, определение группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, в том числе направление на осмотр (консультацию) врачом-онкологом при подозрении на онкологические заболевания в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология", утвержденным приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 915н[13](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1313131), а также для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.

19. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации могут проводиться мобильными медицинскими бригадами, осуществляющими свою деятельность в соответствии с Правилами организации деятельности мобильной медицинской бригады, предусмотренными приложением № 8 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н[14](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1414141).

20. При проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров, диспансеризации, подтвержденные медицинскими документами гражданина, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации.

21. При выявлении у гражданина в процессе профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации медицинских показаний к проведению осмотров (консультаций) врачами-специалистами, исследований и мероприятий, включая осмотр (консультацию) врачом-онкологом при выявлении подозрений на онкологические заболевания визуальных и иных локализаций, не входящих в объем профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации в соответствии с настоящим порядком, они назначаются и выполняются в соответствиями с положениями порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния), с учетом стандартов медицинской помощи, а также на основе клинических рекомендаций[15](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1515151).

При выявлении у гражданина по результатам профилактического медицинского осмотра высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, и (или) ожирения, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, а также установлении по результатам анкетирования курения более 20 сигарет в день, риска пагубного потребления алкоголя и (или) риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача гражданин направляется на углубленное профилактическое консультирование вне рамок профилактического медицинского осмотра.

22. На основе сведений о прохождении гражданином профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, а также фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта (по результатам исследований, проведенных в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации в данном фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте), заполняется карта учета диспансеризации.

Результаты приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, вносятся в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с пометкой "Профилактический медицинский осмотр" или "Диспансеризация".

23. Для определения по результатам профилактического медицинского осмотра или диспансеризации группы здоровья гражданина и группы диспансерного наблюдения используются следующие критерии:

I группа здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний);

II группа здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске, а также граждане, у которых выявлено ожирение и (или) гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, и (или) лица, курящие более 20 сигарет в день, и (или) лица с выявленным риском пагубного потребления алкоголя и (или) риском потреблением наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний). Граждане со II группой здоровья с высоким или очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, а также фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, за исключением пациентов с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, которые подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом. Гражданам со II группой здоровья при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции выявленных факторов риска;

IIIа группа здоровья - граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании[16](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1616161);

IIIб группа здоровья - граждане, не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

Граждане с IIIа и IIIб группами здоровья подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

24. Основным индикатором эффективности профилактического медицинского осмотра, диспансеризации является охват граждан профилактическим медицинским осмотром, диспансеризацией соответственно в медицинской организации.

25. В медицинской организации ведется учет граждан, прошедших профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию, а также отказов граждан от прохождения отдельных исследований и мероприятий или в целом от профилактического медицинского осмотра и диспансеризации.

26. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови, которые проводятся в соответствии [приложением № 2](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#12000) к настоящему порядку.

Мероприятия профилактического медицинского осмотра и диспансеризации подлежат включению в территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оплате.

27. Уполномоченное лицо страховой медицинской организации не реже одного раза в квартал осуществляет информирование застрахованных лиц, подлежащих диспансеризации или профилактическому медицинскому осмотру в текущем году, в том числе не прошедших данные мероприятия, или законных представителей этих застрахованных лиц о возможности прохождения диспансеризации или профилактического медицинского осмотра в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования.

------------------------------

\* В случае если при обращении гражданина для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации установлено, что исследование не проводилось ранее в сроки, рекомендованные в [пунктах 16](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1016) и [17](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1017) настоящего порядка, то исследование проводится при обращении, график последующих исследований смещается согласно рекомендуемой частоте проведения исследования.

\*\* Электрокардиография в покое проводится при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 35 лет и старше 1 раз в год.

\*\*\* Измерение внутриглазного давления проводится при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 40 лет и старше 1 раз в год.

\*\*\*\* Не проводится в случае, если профилактический медицинский осмотр является частью первого этапа диспансеризации.

------------------------------

------------------------------

\* В случае если при обращении гражданина для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации установлено, что исследование не проводилось ранее в сроки, рекомендованные в [пунктах 16](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1016) и [17](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1017) настоящего порядка, то исследование проводится при обращении, график последующих исследований смещается согласно рекомендуемой частоте проведения исследования.

\*\* Электрокардиография в покое проводится при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 35 лет и старше 1 раз в год.

\*\*\* Измерение внутриглазного давления проводится при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 40 лет и старше 1 раз в год.

\*\*\*\* Не проводится в случае, если профилактический медицинский осмотр является частью первого этапа диспансеризации.

------------------------------

**III. Перечень приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации в определенные возрастные периоды мужчинам в возрасте 65 лет и старше**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Осмотр, исследование, мероприятие** | | | **Возраст** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 |
| Объем диспансеризации (1-й этап) | Объем профилактического медицинского осмотра[\*](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#11111) | Опрос (анкетирование) | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Измерение артериального давления | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Определение уровня общего холестерина в крови | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Определение уровня глюкозы в крови натощак | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Флюорография легких |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  |
| Электрокардиография в покое | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Измерение внутриглазного давления | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья [\*\*](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#22222) | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
|  | Общий анализ крови | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
|  | Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом[\*](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#11111) | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Краткое индивидуальное профилактическое консультирование | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |
|  | Прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |

------------------------------

\* В случае если при обращении гражданина для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации установлено, что исследование не проводилось ранее в сроки, рекомендованные в [пунктах 16](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1016) и [17](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1017) настоящего порядка, то исследование проводится при об9ращении, график последующих исследований смещается согласно рекомендуемой частоте проведения исследования.

\*\* Не проводится в случае, если профилактический медицинский осмотр является частью первого этапа диспансеризации.

------------------------------

**IV. Перечень приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации в определенные возрастные периоды женщинам в возрасте 65 лет и старше**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Осмотр, исследование, мероприятие** | | | **Возраст** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 |
| Объем диспансеризации (1-й этап) | Объем профилактического медицинского осмотра[\*](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#111111) | Опрос (анкетирование) | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Измерение артериального давления | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Определение уровня общего холестерина в крови | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Определение уровня глюкозы в крови натощак | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Флюорография легких |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  |
| Электрокардиография в покое | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Измерение внутриглазного давления | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья [\*\*](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#222222) | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
|  | Общий анализ крови | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
|  | Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом[\*](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#111111) | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Маммография обеих молочных желез в двух проекциях[\*](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#111111) |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Краткое индивидуальное профилактическое консультирование | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |  | + |  |
|  | Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
|  | Прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |

------------------------------

\* В случае если при обращении гражданина для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации установлено, что исследование не проводилось ранее в сроки, рекомендованные в [пунктах 16](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1016) и [17](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1017) настоящего порядка, то исследование проводится при обращении, график последующих исследований смещается согласно рекомендуемой частоте проведения исследования.

\*\* Не проводится в случае, если профилактический медицинский осмотр является частью первого этапа диспансеризации.

------------------------------

Приложение № 2  
к [порядку](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1000) проведения  
профилактического медицинского осмотра  
и диспансеризации определенных групп  
взрослого населения, утвержденному  
[приказом](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#0) Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 13.03.2019 г. № 124н

**Перечень  
мероприятий скрининга и методов исследований, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний**

1. В рамках профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации проводятся:

а) скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки (у женщин):

в возрасте 18 лет и старше - осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом 1 раз в год;

в возрасте от 18 до 64 лет включительно - взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки 1 раз в 3 года[17](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1717171);

б) скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (у женщин):

в возрасте от 40 до 75 лет включительно - маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм[18](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1818181) 1 раз в 2 года;

в) скрининг на выявление злокачественных новообразований предстательной железы (у мужчин):

в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет - определение простат-специфического антигена в крови;

г) скрининг на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки:

в возрасте от 40 до 64 лет включительно - исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом[19](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1919191) 1 раз в 2 года;

в возрасте от 65 до 75 лет включительно - исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом 20 1 раз в год;

д) осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов;

е) скрининг на выявление злокачественных новообразований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки:

в возрасте 45 лет - эзофагогастродуоденоскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара).

2. На втором этапе диспансеризации с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) при наличии медицинских показаний в соответствии с клиническими рекомендациями по назначению врача-терапевта, врача-хирурга или врача-колопроктолога проводятся:

а) исследования на выявление злокачественных новообразований легкого:

рентгенография легких или компьютерная томография легких;

б) исследования на выявление злокачественных новообразований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки:

эзофагогастродуоденоскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара);

в) исследования на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки:

ректороманоскопия;

колоноскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара).

Приложение № 3  
к [порядку](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#1000) проведения  
профилактического медицинского осмотра  
и диспансеризации определенных групп  
взрослого населения, утвержденному  
[приказом](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/#0) Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 13.03.2019 г. № 124н

**Диагностические критерии  
факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний**

Повышенный уровень артериального давления - систолическое артериальное давление равно или выше 140 мм рт.ст., диастолическое артериальное давление равно или выше 90 мм рт.ст. К числу граждан, имеющих данный фактор риска, относятся граждане, имеющие гипертоническую болезнь или симптоматические артериальные гипертензии (кодируется по МКБ-10https://www.garant.ru/files/2/0/1270602/pict48-72130858.png кодами I10-115), а также граждане с повышенным артериальным давлением при отсутствии диагноза гипертонической болезни или симптоматической артериальной гипертензии (кодируется по МКБ-10 кодом R03.0).

Гиперхолестеринемия - уровень общего холестерина 5 ммоль/л и более (кодируется по МКБ-10 кодом Е78).

Гипергликемия - уровень глюкозы натощак в венозной плазме 6,1 ммоль/л и более, в цельной капиллярной крови 5,6 ммоль/л и более (кодируется по МКБ-10 кодом R73.9) либо наличие сахарного диабета, в том числе в случае, если в результате эффективной терапии достигнута нормогликемия.

Курение табака - ежедневное выкуривание одной сигареты и более (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.0).

Нерациональное питание - избыточное потребление пищи, жиров, углеводов, потребление поваренной соли более 5 граммов в сутки, недостаточное потребление фруктов, овощей, рыбы. Определяется с помощью опроса (анкетирования) граждан, предусмотренного порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, утвержденным настоящим приказом (далее - анкетирование) (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.4).

Избыточная масса тела - индекс массы тела 25-29,9 https://www.garant.ru/files/2/0/1270602/pict49-72130858.png (кодируется по МКБ-10 кодом R63.5).

Ожирение - индекс массы тела 30 https://www.garant.ru/files/2/0/1270602/pict50-72130858.png и более (кодируется по МКБ-10 кодом Е66).

Низкая физическая активность (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.3) определяется с помощью анкетирования.

Риск пагубного потребления алкоголя (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.1) и риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.2) определяются с помощью анкетирования.

Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям - наличие инфаркта миокарда (кодируется по МКБ-10 кодом Z82.4) и (или) мозгового инсульта (кодируется по МКБ-10 кодом Z82.3) у близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет).

Отягощенная наследственность по злокачественным новообразованиям (кодируется по МКБ-10 кодом Z80):

колоректальной области - наличие злокачественных новообразований колоректальной области и (или) семейного аденоматоза у близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях;

других локализаций - наличие злокачественных новообразований у близких родственников в молодом или среднем возрасте, или в нескольких поколениях.

Отягощенная наследственность по хроническим болезням нижних дыхательных путей - наличие астмы и другие хронических болезней нижних дыхательных путей у близких родственников в молодом или среднем возрасте (кодируется по МКБ-10 кодом Z82.5).

Отягощенная наследственность по сахарному диабету - наличие у близких родственников сахарного диабета в молодом или среднем возрасте (кодируется по МКБ-10 кодом Z83.3).

Абсолютный сердечно-сосудистый риск устанавливается у граждан в возрасте от 40 до 64 лет при отсутствии у гражданина выявленных заболеваний, связанных с атеросклерозом, при этом высокому сердечно-сосудистому риску соответствуют значения от 5% до 10%, установленные по шкале SCORE, очень высокому - 10% и более. У граждан в возрасте старше 65 лет и/или у граждан, имеющих сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет второго типа и/или хроническое заболевание почек, уровень абсолютного сердечно-сосудистого риска является очень высоким и по шкале сердечно-сосудистого риска не рассчитывается.

Относительный сердечно-сосудистый риск устанавливается по дополнительной шкале SCORE у граждан в возрасте от 21 до 39 лет включительно, при этом высокому относительному сердечно-сосудистому риску соответствуют значения более 1.

Старческая астения (кодируется по МКБ-10 кодом R54) - ассоциированный с возрастом синдром, основными клиническими проявлениями которого являются медлительность и/или непреднамеренная потеря веса, общая слабость. Включает более 85 различных гериатрических синдромов, основными из которых являются синдромы падений, мальнутриции (недостаточности питания), саркопении (уменьшение массы мышечной ткани и мышечной силы), недержания мочи, сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия. Определяется в рамках профилактического медицинского осмотра с помощью анкетирования у граждан 65 лет и старше, включающего вопросник "Возраст не помеха".

# **Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2019 N 54643)**

# ПРАВИЛА

# ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

# I. Общие положения

# 

1. Настоящие Правила обязательного медицинского страхования (далее - Правила) регулируют правоотношения субъектов и участников обязательного медицинского страхования при реализации Федерального [закона](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/d91b4f676fb871c375ee11158c7540669ec91362/#dst100081) от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" <1> (далее - Федеральный закон).

--------------------------------

<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529; N 49, ст. 7047, 7057; 2012, N 31, ст. 4322; N 49, ст. 6758; 2013, N 7, ст. 606; N 27, ст. 3477; N 30, ст. 4084; N 39, ст. 4883; N 48, ст. 6165; N 52, ст. 6955; 2014, N 11, ст. 1098; N 28, ст. 3851; N 30, ст. 4269; N 49, ст. 6927; 2015, N 51, ст. 7245; 2016, N 1, ст. 52; N 27, ст. 4183, 4219; 2017, N 1, ст. 12, 13, 14, 34; 2018, N 27, ст. 3947; N 31, ст. 4857; N 49, ст. 7497, 7509; 2019, N 6, ст. 494.

2. Правила устанавливают [порядок](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1448006a54ada33c7a3d67cb8e96de0379450557/#dst100028) подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом и заявления о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования, единые [требования](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/20c7a56701160152ac0dd14b60939990c56f6402/#dst100171) к полису обязательного медицинского страхования, [порядок](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1d8bab5ccd601b535adb4a5f795b56b682c1da18/#dst100224) выдачи полиса обязательного медицинского страхования либо временного свидетельства застрахованному лицу, [порядок](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/50947e27bf79f65ff2ff4b137b3128eaae9b9381/" \l "dst100299)приостановления действия полиса обязательного медицинского страхования и признание полиса обязательного медицинского страхования недействительным, [порядок](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/2e8c73f6367443e31d30a447b463f7e05db7540f/#dst100314) ведения реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, [порядок](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/7cb6583a717f59591d3a0bd55b22f159df4474df/#dst100375) ведения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, [порядок](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/ddcc21ee02f3e26b853373dc5670d200a6d79389/#dst100456) направления территориальным фондом обязательного медицинского страхования сведений о принятом решении об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, [порядок](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/4be1dbd7a93293bd302a6e9b001748fa8eba4ffa/#dst100475) оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, [порядок](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/b2b2c6aed281ce50e6d07f5b7d722435f42f5b9d/#dst100797) осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, [порядок](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/01528460595a3b23966f03dac2f81b205191170a/#dst100899) утверждения для страховых медицинских организаций дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования, [методику](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/fd2b11ab3fa503b24f2c35b917b6b1e3231dcbe2/#dst100941) расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, [порядок](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/47ce6a5f4deab9bee307f6b43b71c04e84e72bdc/#dst101064) оказания видов медицинской помощи, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, застрахованным лицам за счет средств обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, созданных в соответствии с законодательством Российской Федерации и находящихся за пределами территории Российской Федерации, [требования](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/c38200a86bb29599401fc2e709b40dddd070d25d/#dst101109) к размещению страховыми медицинскими организациями информации, [порядок](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/0dfd2b328d795a0af6ec76c18ce3aa713c6abb00/#dst101157) информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи, положение о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) согласно [приложению N 1](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/2830ef1dbc0d0375ed53e2ac3115218485027356/#dst101298) к настоящим Правилам.

# II. Порядок подачи заявления о выборе (замене) страховой

# медицинской организации застрахованным лицом и заявления

# о сдаче (утрате) полиса обязательного

# медицинского страхования

# 

3. В соответствии с [частью 1 статьи 16](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/c550eb78d00bfca0be7df1baf398cdd7bd24bc12/#dst100165) Федерального закона застрахованные лица имеют право на выбор или замену страховой медицинской организации путем подачи [заявления](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_212851/#dst100784) в порядке, установленном настоящей главой.

4. Выбор или замена страховой медицинской организации в соответствии с [частью 4 статьи 16](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/c550eb78d00bfca0be7df1baf398cdd7bd24bc12/#dst100809) Федерального закона осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - одним из его родителей или другими законными представителями), путем подачи заявления в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций или иные организации, уполномоченные субъектом Российской Федерации (далее - иные организации), при условии, что между страховой медицинской организацией и иной организацией заключен договор на оказание данных услуг.

5. Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения и до реализации в отношении ребенка права выбора страховой медицинской организации, но не позднее истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения, осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие [законные представители](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99661/#dst100004). По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем (далее - законные представители).

6. [Заявление](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_212851/#dst100784) о выборе (замене) страховой медицинской организации должно содержать следующие сведения:

1) о застрахованном по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с Федеральным [законом](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/#dst0) лице:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

место рождения;

гражданство;

КонсультантПлюс: примечание.

С 01.04.2019 вместо страхового свидетельства выдается документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета. Ранее выданные свидетельства СНИЛС сохраняют свое действие и обмену не подлежат ([ФЗ](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_321413/6a73a7e61adc45fc3dd224c0e7194a1392c8b071/#dst100158) от 01.04.2019 N 48-ФЗ).

страховой номер индивидуального лицевого счета, принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (для детей, являющихся гражданами Российской Федерации, в возрасте до четырнадцати лет, иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии) (далее - СНИЛС);

данные документа, удостоверяющего личность;

место жительства;

место регистрации;

дату регистрации;

контактную информацию;

категорию застрахованного лица;

2) о представителе застрахованного лица (в том числе законном представителе):

фамилию, имя, отчество (при наличии);

отношение к застрахованному лицу;

серию и номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе;

контактную информацию;

3) наименование страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом;

4) наименование страховой медицинской организации, в которой лицо застраховано на дату подачи заявления (при подаче заявления в иную организацию);

5) о форме полиса обязательного медицинского страхования (далее - полис) в форме бумажного бланка (далее - бумажный полис) или в виде пластиковой карты с электронным носителем информации (далее - электронный полис) (за исключением иностранных граждан);

6) об отказе от получения полиса;

7) о согласии на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи (для лиц, не достигших возраста, установленного [частью 2 статьи 54](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_325674/a8398529a12cd9bf03edcf0f783bbf7c58d5c7cd/#dst101166)Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" <2> (далее - Федеральный закон N 323-ФЗ), и граждан, признанных недееспособными, - согласие [законного представителя](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99661/#dst100004) застрахованного лица, а также согласие представителя застрахованного лица в случае подачи им заявления);

--------------------------------

<2> Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 27, ст. 3477; N 48, ст. 6165; 2016, N 27, ст. 4219.

8) адрес электронной почты (при наличии).

7. [Заявление](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_212851/#dst100784) о выборе (замене) страховой медицинской организации в соответствии с [частью 5 статьи 16](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/c550eb78d00bfca0be7df1baf398cdd7bd24bc12/#dst100729) Федерального закона подается лично или через своего представителя:

непосредственно в страховую медицинскую организацию (иную организацию) в письменной форме;

через официальный сайт территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - территориальный фонд) в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - официальный сайт) (при условии прохождения застрахованным лицом или его законным представителем процедуры идентификации и аутентификации в соответствии с законодательством Российской Федерации <3>) либо посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций), в электронной форме (для пользователей, имеющих право подачи заявлений в электронной форме <4>).

--------------------------------

<3> [Постановление](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_311824/#dst0) Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. N 977 "О федеральной государственной информационной системе "Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 49, ст. 7284; 2013, N 5, ст. 377; N 45, ст. 5807; N 50, ст. 6601; 2018, N 28, ст. 4234; N 49, ст. 7600).

<4> [Положение](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_301374/#dst0) о Федеральной государственной информационной системе "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)", утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 24 октября 2011 г. N 861 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 44, ст. 6274; N 49, ст. 7284; 2013, N 45, ст. 5807; 2014, N 50, ст. 7113; 2015, N 1, ст. 283; N 8, ст. 1175; 2017, N 20, ст. 2913; N 23, ст. 3352; N 32, ст. 5065; N 41, ст. 5981; N 44, ст. 6523; 2018, N 8, ст. 1215; N 15, ст. 2121; N 25, ст. 3696; N 40, ст. 6142).

8. В случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) или через официальный сайт при условии прохождения процедуры идентификации и аутентификации застрахованным лицом или его законным представителем в соответствии с законодательством Российской Федерации достоверность предоставляемой информации подтверждается усиленной квалифицированной электронной подписью застрахованного лица или его законного представителя, при ее отсутствии - электронной подписью Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) при наличии подтвержденной учетной записи.

9. В случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме через официальный сайт территориального фонда или Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) и при указании заявителем формы полиса - электронный к заявлению прикладываются образец личной подписи застрахованного лица и фотография застрахованного лица.

10. При подаче [заявления](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_212851/#dst100784) о выборе (замене) страховой медицинской организации в письменной форме заявление заверяется подписью представителя страховой медицинской организации (иной организации), уполномоченного руководителем страховой медицинской организации (иной организации) на прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации, а также печатью страховой медицинской организации (иной организации), при наличии печати.

11. При подаче заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме через официальный сайт территориального фонда или посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) принятое заявление заверяется усиленной квалифицированной электронной подписью представителя страховой медицинской организации, уполномоченного руководителем страховой медицинской организации на прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации.

12. При принятии заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме через официальный сайт территориального фонда территориальный фонд направляет заявителю подтверждение приема заявления в форме электронного документа на адрес электронной почты, указанный в заявлении.

13. При принятии заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) территориальный фонд направляет заявителю подтверждение приема заявления в форме электронного документа через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций).

14. Сведения, указанные в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации, подаваемом в письменной форме, подтверждаются предъявлением следующих документов, необходимых для регистрации в качестве застрахованного лица, или их заверенных копий:

1) для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:

свидетельство о рождении;

СНИЛС (при наличии);

2) для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:

документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта);

СНИЛС;

3) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным [законом](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_314886/#dst0) от 19 февраля 1993 г. N 4528-1 "О беженцах" <5> (далее - Федеральный закон "О беженцах"), - удостоверение беженца, или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в федеральный орган исполнительной власти в сфере внутренних дел, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации;

--------------------------------

<5> 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; N 53, ст. 8454.

4) для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

5) для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:

документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

6) для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;

СНИЛС (при наличии);

7) для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:

документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;

СНИЛС (при наличии);

8) для представителя застрахованного лица:

[документ](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_149244/" \l "dst0), удостоверяющий личность;

доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленная в соответствии со [статьей 185](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_312579/deb1e7bbc3371002688161fcfd76eafcd9c94c99/#dst465) Гражданского кодекса Российской Федерации;

9) для [законного представителя](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99661/#dst100004) застрахованного лица:

документ, удостоверяющий личность;

документ, подтверждающий полномочия законного представителя.

15. В случае подачи [заявления](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_212851/#dst100784) о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме через официальный сайт или посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) представляются следующие верифицированные сведения из документов застрахованного лица:

1) для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:

серия и номер свидетельства о рождении;

серия и номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность законного представителя ребенка;

СНИЛС (при наличии);

2) для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:

серия и номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность;

СНИЛС;

3) для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:

серия и номер документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

гражданство;

номер и дата принятия решения о выдаче вида на жительство;

СНИЛС (при наличии);

4) для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:

серия и номер документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

гражданство;

номер и дата принятия решения о разрешении на временное проживание;

СНИЛС (при наличии).

16. Временно пребывающие на территории Российской Федерации в соответствии с [договором](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_293753/#dst0) о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г. (далее соответственно - договор о ЕАЭС, ЕАЭС), трудящиеся иностранные граждане государств - членов ЕАЭС (далее - трудящийся государства - члена ЕАЭС), а также работающие на территории Российской Федерации члены Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее - члены коллегии Комиссии), должностные лица (граждане государств - членов ЕАЭС, назначенные на должности директоров департаментов Евразийской экономической комиссии и заместителей директоров департаментов указанной комиссии), сотрудники органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации (граждане государств - членов ЕАЭС, не являющиеся должностными лицами, на основе заключаемых с ними трудовых договоров (контрактов)) (далее соответственно - член коллегии Комиссии, должностное лицо, сотрудник органа ЕАЭС), имеют право на выбор или замену страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном настоящей главой.

17. Для выбора или замены страховой медицинской организации иностранный гражданин, указанный в [пункте 16](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1448006a54ada33c7a3d67cb8e96de0379450557/#dst100119) настоящих Правил, лично либо через своего представителя обращается в выбранную страховую медицинскую организацию (иные организации), с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации, которое должно содержать следующие сведения о застрахованном лице:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

место рождения;

гражданство;

СНИЛС;

серию, номер паспорта иностранного гражданина либо иного документа, установленного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе;

реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС, в том числе дата его подписания и срок действия;

сведения о месте пребывания с указанием срока пребывания;

серию и номер документа, подтверждающего отнесение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации;

контактную информацию;

категорию застрахованного лица в соответствии с положениями [договора](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_293753/#dst0) о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств - членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование.

18. [Заявление](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_212851/#dst100784) о выборе (замене) страховой медицинской организации оформляется иностранными гражданами, указанными в [пункте 16](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1448006a54ada33c7a3d67cb8e96de0379450557/#dst100119) настоящих Правил, в письменной форме и подается непосредственно в страховую медицинскую организацию.

19. Сведения, указанные в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации, подаваемом иностранными гражданами, указанными в [пункте 16](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1448006a54ada33c7a3d67cb8e96de0379450557/#dst100119) настоящих Правил, подтверждаются предъявлением следующих документов или их заверенных копий, необходимых для регистрации в качестве застрахованного лица:

1) для временно пребывающих в Российской Федерации трудящихся государств - членов ЕАЭС:

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

СНИЛС;

трудовой договор трудящегося государства - члена ЕАЭС;

отрывная часть бланка уведомления о прибытии иностранного гражданина или лица без гражданства в место пребывания или ее копия с указанием места и срока пребывания;

2) для членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации:

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

СНИЛС;

документ, подтверждающий отнесение лица к категории должностных лиц, сотрудников органов ЕАЭС.

20. На основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и предъявления документов, указанных в [пунктах 14](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1448006a54ada33c7a3d67cb8e96de0379450557/#dst100071), [15](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1448006a54ada33c7a3d67cb8e96de0379450557/#dst100101), [17](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1448006a54ada33c7a3d67cb8e96de0379450557/#dst100120) и [19](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1448006a54ada33c7a3d67cb8e96de0379450557/#dst100134)настоящих Правил, страховая медицинская организация осуществляет учет застрахованного лица по обязательному медицинскому страхованию и выдачу в соответствии с [главой IV](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1d8bab5ccd601b535adb4a5f795b56b682c1da18/#dst100224) настоящих Правил полиса либо временного свидетельства, подтверждающего оформление полиса и удостоверяющего право на бесплатное оказание застрахованному лицу медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая (далее - временное свидетельство).

21. Замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, застрахованное лицо, в соответствии с [пунктом 3 части 1 статьи 16](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/c550eb78d00bfca0be7df1baf398cdd7bd24bc12/#dst100170) Федерального закона, вправе осуществлять один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства (за исключением случаев переезда на новое место жительства в пределах одного субъекта Российской Федерации) или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (далее - договор о финансовом обеспечении) путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию.

22. В соответствии с [пунктом 4 части 2 статьи 16](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/c550eb78d00bfca0be7df1baf398cdd7bd24bc12/#dst100182) Федерального закона в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, застрахованное лицо осуществляет выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца.

23. При досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении по инициативе страховой медицинской организации за три месяца до даты расторжения указанного договора страховая медицинская организация в соответствии с [частью 7 статьи 16](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/c550eb78d00bfca0be7df1baf398cdd7bd24bc12/#dst100187) Федерального закона обязана уведомить территориальный фонд и застрахованных лиц о намерении расторгнуть договор о финансовом обеспечении.

24. После прекращения действия договора о финансовом обеспечении в соответствии с [частью 17 статьи 38](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/c51a8d52c5b987028e092837cd63d7f8cc9f39ad/#dst100495) Федерального закона застрахованное лицо в течение двух месяцев подает заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации в другую страховую медицинскую организацию (иную организацию).

25. Сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации на осуществление страхования по виду деятельности - обязательное медицинское страхование, ежемесячно до десятого числа направляются территориальным фондом в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них для заключения договоров о финансовом обеспечении. Соотношение работающих граждан и неработающих граждан, не обратившихся в страховую медицинскую организацию, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным.

26. В соответствии с [частью 3 статьи 49.1](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/54f0273fdaa18e29fc74a607096a4665e1d4a123/#dst132) Федерального закона граждане Российской Федерации, указанные в [части 1 статьи 49.1](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/54f0273fdaa18e29fc74a607096a4665e1d4a123/#dst126)Федерального закона (за исключением проходящих военную службу по призыву), обязаны сдать полис или сообщить о его утрате путем подачи заявления о сдаче (утрате) полиса в любую страховую медицинскую организацию или любой территориальный фонд лично или через своего представителя.

Заявление о сдаче (утрате) полиса подается в письменной форме и должно содержать следующие сведения:

1) о застрахованном лице:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

место рождения;

гражданство;

СНИЛС;

данные [документа](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_149244/#dst0), удостоверяющего личность;

контактную информацию;

2) о представителе застрахованного лица:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

отношение к застрахованному лицу;

данные документа, удостоверяющего личность;

контактную информацию;

3) номер полиса (указывается только при сдаче полиса).

27. С заявлением о сдаче (утрате) полиса предъявляются следующие документы:

1) документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта);

2) СНИЛС;

3) полис (представляется только при сдаче полиса).

# III. Единые требования к полису обязательного

# медицинского страхования

# 

28. На территории Российской Федерации действуют полисы единого [образца](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_133081/#dst100008).

29. Полис единого образца может быть в форме бумажного или электронного полиса.

30. К бумажному и электронному полису предъявляются общие требования:

1) бумажные и электронные полисы имеют лицевую и оборотную сторону;

2) бумажные и электронные полисы должны быть отпечатаны с двух сторон и иметь защитный комплекс, применяемый для защиты от подделок и внесения изменений/искажений графических элементов и персональных данных застрахованного лица, размещенных на нем.

Бумажные и электронные полисы учитываются как бланки строгой отчетности.

31. К бумажному полису предъявляются следующие требования:

1) бумажный полис представляет собой лист формата A5;

2) лицевая сторона бумажного полиса заверяется подписью застрахованного лица и должна содержать следующие сведения и персональные данные о нем:

номер полиса;

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

срок действия полиса;

3) на лицевой стороне бумажного полиса размещается двумерный штрих-код, содержащий следующие сведения о застрахованном лице:

номер полиса;

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

место рождения;

срок действия полиса;

4) оборотная сторона бумажного полиса заверяется подписью представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на выдачу полисов распоряжением руководителя страховой медицинской организации, печатью страховой медицинской организации и должна содержать сведения о страховой медицинской организации:

наименование, адрес (фактический) и телефон страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом;

дата регистрации застрахованного лица в страховой медицинской организации;

фамилию (полностью), имя, отчество (при наличии) (инициалы) представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на выдачу полисов распоряжением руководителя страховой медицинской организации;

5) оборотная сторона бумажного полиса должна обеспечивать возможность размещения сведений не менее чем о десяти случаях замены застрахованным лицом страховой медицинской организации.

32. К электронному полису предъявляются следующие требования:

1) лицевая сторона должна содержать номер полиса;

2) оборотная сторона должна содержать следующие сведения и персональные данные застрахованного лица:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

срок действия полиса;

подпись застрахованного лица;

фотографию застрахованного лица (для застрахованных лиц в возрасте четырнадцати лет и старше).

33. Электронный полис обеспечивает возможность размещения электронного страхового приложения, к которому предъявляются следующие требования:

1) электронное страховое приложение должно обеспечивать авторизованный доступ застрахованного лица к получению услуг в сфере обязательного медицинского страхования;

2) электронное страховое приложение должно обеспечивать функции по однократной записи в электронный носитель информации (чип-модуль) неизменяемых данных, а также функции по записи в электронный носитель информации (чип-модуль) изменяемых (дополняемых) данных;

3) состав неизменяемых данных:

номер полиса;

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

место рождения;

СНИЛС (для детей, являющихся гражданами Российской Федерации, в возрасте до четырнадцати лет, иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии);

срок действия полиса;

4) состав изменяемых (дополняемых) данных:

основной государственный регистрационный номер (далее - ОГРН) страховой медицинской организации в соответствии с Единым государственным реестром юридических лиц (далее - ЕГРЮЛ);

код субъекта Российской Федерации, на территории которого застрахован гражданин, по Общероссийскому [классификатору](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_320293/#dst0) объектов административно-территориального деления (далее - ОКАТО);

дата регистрации застрахованного лица в страховой медицинской организации.

34. Электронное страховое приложение должно обеспечивать возможность хранения сведений не менее чем о десяти случаях замены застрахованным лицом страховой медицинской организации.

35. При наличии технической возможности однозначной идентификации застрахованного лица в едином регистре застрахованных лиц идентификация застрахованных лиц может осуществляться по предъявлении застрахованным лицом или его [законным представителем](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99661/#dst100004)документа, удостоверяющего личность застрахованного лица.

# IV. Порядок выдачи полиса обязательного

# медицинского страхования либо временного свидетельства

# застрахованному лицу

# 

36. В соответствии с [частью 2 статьи 51](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/ab23cf84572e6220e321c61f2c0d82c0c423153b/#dst100820) Федерального закона полисы, выданные лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию до дня вступления в силу Федерального [закона](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/#dst0), являются действующими до замены их на полисы единого образца.

37. Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения срока действия.

38. Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года.

39. Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным [законом](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_314886/#dst0) "О беженцах", выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока пребывания, установленного в документах, указанных в [подпункте 3 пункта 14](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1448006a54ada33c7a3d67cb8e96de0379450557/#dst100078) настоящих Правил.

40. Временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия разрешения на временное проживание.

41. Временно пребывающим в Российской Федерации трудящимся государств - членов ЕАЭС выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС.

42. Временно пребывающим в Российской Федерации иностранным гражданам, относящимся к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока исполнения ими соответствующих полномочий.

43. При обращении граждан, указанных в [пунктах 38](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1d8bab5ccd601b535adb4a5f795b56b682c1da18/#dst100227) - [42](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1d8bab5ccd601b535adb4a5f795b56b682c1da18/#dst100231) настоящих Правил, для оформления полиса в период с 1 ноября до 31 декабря текущего года, выдается бумажный полис со сроком действия до конца следующего календарного года, но не более срока пребывания, действия вида на жительство, действия разрешения на временное проживание, действия трудового договора или исполнения соответствующих полномочий.

44. В день подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации страховая медицинская организация (иная организация), в которую было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, выдает застрахованному лицу оформленные страховой медицинской организацией (иной организацией) полис либо временное свидетельство. Временное свидетельство выдается в форме бумажного бланка или электронного документа (далее - временное свидетельство в электронной форме). Временное свидетельство оформляется в электронной форме при подаче заявления через официальный сайт территориального фонда либо посредством личного кабинета Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций).

45. В день подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме посредством личного кабинета Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) застрахованному лицу через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) территориальным фондом направляется уведомление о принятии заявления и возможности личного обращения в страховую медицинскую организацию для получения временного свидетельства на бумажном бланке или о факте размещения в личном кабинете Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) временного свидетельства в электронной форме.

46. Страховая медицинская организация, выбранная застрахованным лицом при осуществлении замены страховой медицинской организации на основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации, вносит сведения о страховой медицинской организации в полис в день подачи застрахованным лицом заявления и направляет информацию в территориальный фонд.

47. Временное свидетельство на бумажном бланке должно содержать:

1) наименование страховой медицинской организации с указанием адреса и контактного телефона;

2) фамилию, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица;

3) дату рождения застрахованного лица;

4) место рождения застрахованного лица;

5) пол застрахованного лица;

6) серию и номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе;

7) номер и дату выдачи временного свидетельства;

8) срок действия временного свидетельства;

9) фамилию, имя, отчество (при наличии) представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на осуществление функций по выдаче временного свидетельства;

10) подпись представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на осуществление функций по выдаче временного свидетельства.

Временное свидетельство в электронной форме заверяется усиленной квалифицированной электронной подписью представителя страховой медицинской организации, уполномоченного руководителем страховой медицинской организации на прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации, визуализируется и должно содержать:

1) наименование страховой медицинской организации с указанием адреса и контактного телефона;

2) фамилию, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица;

3) дату рождения застрахованного лица;

4) место рождения застрахованного лица;

5) пол застрахованного лица;

6) серию и номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе;

7) номер и дату выдачи временного свидетельства;

8) срок действия временного свидетельства;

9) фамилию, имя, отчество (при наличии) представителя страховой медицинской организации.

48. Временное свидетельство действительно до момента получения полиса, но не более сорока пяти рабочих дней с даты его выдачи.

49. Не позднее одного рабочего дня, следующего за днем обращения застрахованного лица с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации, страховая медицинская организация передает информацию о застрахованном лице, подавшем заявление, в территориальный фонд. Территориальный фонд, получивший информацию от страховой медицинской организации и через официальный сайт, в течение трех рабочих дней осуществляет проверку на наличие у застрахованного лица действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц и в течение одного рабочего дня со дня получения сведений из единого регистра застрахованных лиц направляет результаты проверки в страховую медицинскую организацию.

50. В случае выявления действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц страховая медицинская организация в течение одного рабочего дня со дня получения сведений из территориального фонда уведомляет застрахованное либо его законного представителя об отказе в выдаче ему полиса с указанием мотивов отказа.

51. В случае отсутствия действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц территориальный фонд включает сведения о застрахованном лице в заявку на изготовление полисов (дубликатов полисов) (далее - заявка).

52. Территориальный фонд ежедневно, в случае наличия данных, формирует в электронном виде заявку, которая подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного работника территориального фонда и направляется в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд).

53. Общий срок с даты подачи застрахованным лицом заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации до направления территориальным фондом заявки в Федеральный фонд, с учетом сроков, установленных [пунктами 49](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1d8bab5ccd601b535adb4a5f795b56b682c1da18/#dst100258) - [52](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1d8bab5ccd601b535adb4a5f795b56b682c1da18/#dst100261) настоящих Правил, не должен превышать пяти рабочих дней.

54. Перечень сведений, включаемых в заявку, должен соответствовать единым требованиям к полису, предусмотренным главой III настоящих Правил.

55. Заявка также должна содержать информацию о форме полиса (бумажный, электронный).

56. На основании заявок территориальных фондов Федеральный фонд организует изготовление и доставку полисов территориальным фондам в срок, не превышающий четырнадцати рабочих дней со дня поступления заявки от территориального фонда.

57. Территориальный фонд информирует страховые медицинские организации о получении полисов в течение двух рабочих дней со дня их получения.

58. Страховая медицинская организация:

1) в течение трех рабочих дней с даты получения сведений из территориального фонда информирует:

застрахованное лицо или законного представителя в письменной форме о факте страхования и необходимости получения полиса;

территориальный фонд для размещения информации в личном кабинете Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) о готовности полиса и необходимости его получения, в случае подачи заявления посредством личного кабинета Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций);

2) обеспечивают выдачу застрахованному лицу полиса в порядке, установленном [статьей 46](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/14b28d9deebd5c0d299e88d9dc53efe06b54c337/#dst100589) Федерального закона;

3) предоставляют застрахованному лицу информацию о его правах и обязанностях.

Застрахованное лицо расписывается в получении полиса в журнале регистрации выдачи полисов.

59. Территориальные фонды организуют информирование застрахованных лиц об изготовленных полисах через официальные сайты или через личный кабинет Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) в случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме посредством личного кабинета Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций).

60. Застрахованные лица обязаны уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.

В случаях изменения фамилии, имени, отчества осуществляется переоформление полиса.

61. Переоформление полиса осуществляется также в случаях:

1) изменения даты рождения и пола застрахованного лица;

2) установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе;

3) необходимости продления действия полиса гражданам, указанным в [пунктах 38](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1d8bab5ccd601b535adb4a5f795b56b682c1da18/#dst100227) - [42](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1d8bab5ccd601b535adb4a5f795b56b682c1da18/#dst100231) настоящих Правил, при сохранении у них права на обязательное медицинское страхование в следующем календарном году.

62. Переоформление полиса осуществляется по заявлению застрахованного лица о переоформлении. Переоформление полиса осуществляется при предъявлении документов, подтверждающих изменения.

63. Выдача дубликата полиса осуществляется по заявлению застрахованного лица о выдаче дубликата полиса, в случаях:

1) ветхости и непригодности полиса для дальнейшего использования (утрата частей документа, разрывы, частичное или полное выцветание текста, механическое повреждение электронного полиса и другие);

2) утери полиса.

64. [Заявление](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_212851/#dst100265) о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса должно содержать сведения, указанные в [подпунктах 1](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1448006a54ada33c7a3d67cb8e96de0379450557/#dst100033) - [3](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1448006a54ada33c7a3d67cb8e96de0379450557/#dst100051) и [5 пункта 6](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1448006a54ada33c7a3d67cb8e96de0379450557/#dst100053)настоящих Правил.

65. Заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса подаются в соответствии с [пунктами 7](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1448006a54ada33c7a3d67cb8e96de0379450557/#dst100059) и [8](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1448006a54ada33c7a3d67cb8e96de0379450557/#dst100065) настоящих Правил.

66. Принятое заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса заверяется подписью представителя страховой медицинской организации (иной организации), а также печатью страховой медицинской организации (иной организации), при наличии печати.

67. Принятое заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса, оформленное в электронном виде на Едином портале государственных и муниципальных услуг (функций), заверяется усиленной квалифицированной электронной подписью представителя страховой медицинской организации.

68. В случае переоформления полиса, смерти застрахованного лица, приостановления действия полиса, а также окончания срока его действия территориальными фондами вносится соответствующая отметка в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.

69. В территориальных фондах, страховых медицинских организациях (иных организациях) приказом руководителя организации определяется круг лиц, имеющих доступ к персональным данным, необходимым для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.

70. Выдача полисов осуществляется в предназначенных для этих целей помещениях (пунктах выдачи), в том числе мобильных, организованных на территории субъекта Российской Федерации страховыми медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление страхования по виду деятельности - обязательное медицинское страхование на территории данного субъекта Российской Федерации, либо иными организациями.

Для передвижения лиц с ограниченными возможностями, включая инвалидов, помещения оборудуются пандусами, специальными ограждениями и перилами, обеспечивающими беспрепятственное передвижение, в том числе с использованием инвалидных колясок. Инвалидам с нарушением слуха и (или) речи, инвалидам по зрению и другим гражданам с ограниченными возможностями при необходимости оказывается соответствующая помощь.

Страховые медицинские организации (иные организации) могут организовать выдачу полисов в месте нахождения застрахованного лица.

71. Страховые медицинские организации (иные организации) обязаны ознакомить застрахованных лиц, получающих полис, с настоящими Правилами, базовой программой обязательного медицинского страхования (далее - базовая программа), территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее - территориальная программа), перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации. Одновременно с полисом застрахованному лицу страховая медицинская организация (иная организация) предоставляет информацию о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, о порядке информационного сопровождения на всех этапах оказания им медицинской помощи, контактные телефоны территориального фонда и страховой медицинской организации, выдавшей полис, которая может доводиться до застрахованных лиц в виде печатных информационных материалов (памятки, брошюры).

72. Территориальный фонд организует изготовление бланков временных свидетельств с учетом заявок страховых медицинских организаций, поданных в территориальный фонд, с обоснованием количества бланков.

73. Бланки временных свидетельств учитываются как бланки строгой отчетности в случае оформления временного свидетельства в форме бумажного бланка.

74. Испорченные, недействительные и невостребованные полисы и временные свидетельства хранятся в страховой медицинской организации в течение трех лет с даты приема заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и/или заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса. По истечении срока хранения они подлежат списанию и уничтожению по решению комиссии по списанию и уничтожению полисов и временных свидетельств, признанных недействительными, создаваемой приказом страховой медицинской организации, согласованным с территориальным фондом, с оформлением [акта](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_212851/#dst100363) списания и уничтожения полисов и временных свидетельств, признанных недействительными или невостребованными.

75. В состав комиссии по списанию и уничтожению полисов и временных свидетельств, признанных недействительными, включаются представители территориального фонда и страховой медицинской организации.

# V. Приостановление действия полиса обязательного

# медицинского страхования и признание полиса обязательного

# медицинского страхования недействительным

# 

76. В соответствии с [частью 8 статьи 49](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/ac39c7460bb95ad68d44b91924c36b7786accab0/#dst124) Федерального закона военные комиссариаты передают в территориальные фонды сведения о призванных на военную службу гражданах, предусмотренные [пунктами 1](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/738da62240a2f39c000c4a55b3c5c650d2eb9e22/#dst100554) и [6 части 2 статьи 44](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/738da62240a2f39c000c4a55b3c5c650d2eb9e22/#dst100559) Федерального закона, и информацию о начале, сроке и окончании военной службы.

77. Территориальный фонд приостанавливает действие полиса лиц, застрахованных в субъекте Российской Федерации, на указанный срок военной службы со дня получения данных сведений территориальным фондом и обеспечивает отражение сведений, указанных в [пункте 76](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/50947e27bf79f65ff2ff4b137b3128eaae9b9381/#dst100300)настоящих Правил, в едином регистре застрахованных лиц в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования <6> (далее - порядок ведения персонифицированного учета).

--------------------------------

<6> [Приказ](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317133/#dst0) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 г. N 29н "Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2011 г., регистрационный N 19742) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 декабря 2016 г. N 941н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 1 февраля 2017 г., регистрационный N 45494) и от 15 января 2019 г. N 12н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 января 2019 г., регистрационный N 53618).

78. Страховая медицинская организация, принявшая от застрахованного лица, указанного в [части 1 статьи 49.1](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/54f0273fdaa18e29fc74a607096a4665e1d4a123/#dst126) Федерального закона (за исключением проходящих военную службу по призыву), заявление о сдаче (утрате) полиса, не позднее одного рабочего дня, следующего за днем обращения застрахованного лица с заявлением о сдаче (утрате) полиса, передает сведения о застрахованном лице, указанные в [пункте 26](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1448006a54ada33c7a3d67cb8e96de0379450557/#dst100150)настоящих Правил, в территориальный фонд.

Территориальный фонд приостанавливает действие полиса лиц, застрахованных в субъекте Российской Федерации, со дня получения территориальным фондом сведений, указанных в [пункте 26](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/1448006a54ada33c7a3d67cb8e96de0379450557/#dst100150) настоящих Правил, и обеспечивает отражение данных сведений в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

79. В соответствии с [частью 6 статьи 49](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/ac39c7460bb95ad68d44b91924c36b7786accab0/#dst118) Федерального закона федеральный орган исполнительной власти в сфере внутренних дел передает в Федеральный фонд сведения, предусмотренные [пунктами 1](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/738da62240a2f39c000c4a55b3c5c650d2eb9e22/#dst100554) и [6 части 2 статьи 44](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/738da62240a2f39c000c4a55b3c5c650d2eb9e22/#dst100559) Федерального закона:

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](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_326950/#dst0) от 25 июля 2002 г. N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" <7> (далее - Федеральный закон N 115-ФЗ);

--------------------------------

<7> Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 30, ст. 3032; 2003, N 27, ст. 2700; N 46, ст. 4437; 2004, N 35, ст. 3607; N 45, ст. 4377; 2006, N 30, ст. 3286; N 31, ст. 3420; 2007, N 1, ст. 21; N 49, ст. 6071; N 50, ст. 6241; 2008, N 19, ст. 2094; N 30, ст. 3616; 2009, N 19, ст. 2283; N 23, ст. 2760; N 26, ст. 3125; N 52, ст. 6450; 2010, N 21, ст. 2524; N 30, ст. 4011; N 31, ст. 4196; N 40, ст. 4969; N 52, ст. 7000; 2011, N 1, ст. 29; ст. 50; N 13, ст. 1689; N 17, ст. 2318, 2321; N 27, ст. 3880; N 30, ст. 4590; N 47, ст. 6608; N 49, ст. 7043, 7061; N 50, ст. 7342, 7352; 2012, N 31, ст. 4322; N 47, ст. 6396, 6397; N 50, ст. 6967; N 53, ст. 7640, 7645; 2013, N 19, ст. 2309; N 19, ст. 2310; N 23, ст. 2866; N 27, ст. 3461, 3470, 3477; N 30, ст. 4036, 4037, 4040, 4057, 4081; N 52, ст. 6949, 6951, 6954, 6955, 7007; 2014, N 16, ст. 1828, 1830, 1831; N 19, ст. 2311, 2332; N 26, ст. 3370; N 30, ст. 4231, 4233; N 48, ст. 6638, 6659; N 49, ст. 6918; N 52, ст. 7557; 2015, N 1, ст. 61, 72; N 10, ст. 1426; N 14, ст. 2016; N 21, ст. 2984; N 27, ст. 3951, 3990, 3993; N 29, ст. 4339, 4356; N 48, ст. 6709; 2016, N 1, ст. 58, 85, 86; N 18, ст. 2505; N 27, ст. 4238; 2017, N 11, ст. 1537; N 17, ст. 2459; N 24, ст. 3480; N 31, ст. 4765, 4792; N 50, ст. 7564; 2018, N 1, ст. 77, 82; N 27, ст. 3951; N 30, ст. 4537, 455; N 53, ст. 8433, 8454.

3) об иностранных гражданах, лицах без гражданства, в отношении которых аннулировано разрешение на временное проживание в соответствии с Федеральным [законом](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_326950/#dst0) N 115-ФЗ;

4) о лицах, признанных беженцами на территории Российской Федерации, при утрате ими статуса беженца или лишении их статуса беженца в соответствии с Федеральным [законом](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_314886/#dst0) "О беженцах".

80. Территориальный фонд обеспечивает отражение сведений, указанных в [пункте 79](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/50947e27bf79f65ff2ff4b137b3128eaae9b9381/#dst100306) настоящих Правил, в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц в соответствии с [порядком](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317133/#dst100008) ведения персонифицированного учета и признает полис недействительным со дня поступления данных сведений.

# XIII. Порядок оказания видов медицинской помощи,

# установленных базовой программой обязательного медицинского

# страхования, застрахованным лицам за счет средств

# обязательного медицинского страхования в медицинских

# организациях, созданных в соответствии с законодательством

# Российской Федерации и находящихся за пределами территории

# Российской Федерации

# 

210. Застрахованным лицам при возникновении страхового случая медицинская помощь по видам медицинской помощи, установленным базовой программой за счет средств обязательного медицинского страхования, оказывается медицинскими организациями, созданными в соответствии с законодательством Российской Федерации и находящимися за пределами территории Российской Федерации (далее - медицинские организации, находящиеся за пределами Российской Федерации).

211. Медицинская помощь застрахованным лицам оказывается в соответствии с законодательством Российской Федерации.

212. Медицинская организация, находящаяся за пределами Российской Федерации, оказавшая медицинскую помощь застрахованному лицу при возникновении страхового случая, формирует и направляет счет и реестр счета за медицинскую помощь (далее - реестр) в территориальный фонд по месту страхования застрахованного лица не позднее десяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи.

Счет должен быть заверен подписью руководителя и главного бухгалтера медицинской организации (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета) и печатью медицинской организации.

Реестр должен содержать следующую информацию:

1) наименование медицинской организации;

2) идентификационные данные, присвоенные юридическому лицу налоговым органом;

3) период, за который выставлен счет;

4) наименование субъекта Российской Федерации, в котором застрахованному лицу выдан полис;

5) номер позиции реестра;

6) сведения о застрахованном лице:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату и место рождения;

серию, номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе;

серию, номер полиса;

наименование страховой медицинской организации;

дату регистрации в качестве застрахованного лица;

7) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:

вид оказанной медицинской помощи (код);

диагноз в соответствии с МКБ-10;

дату начала и дату окончания оказания медицинской помощи;

объемы оказанной медицинской помощи;

профиль оказанной медицинской помощи (код);

должность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);

тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу;

стоимость оказанной медицинской помощи;

результат обращения за медицинской помощью (код).

Стоимость медицинской помощи рассчитывается на основании тарифов, утвержденных для медицинской организации, находящейся за пределами Российской Федерации, в субъекте Российской Федерации, первым принявшем уведомление о включении в реестр медицинских организаций, и объемов оказанной медицинской помощи в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации на дату выставления счета.

213. Территориальный фонд по месту страхования осуществляет контроль объемов, сроков, качества и условий оказанной медицинской помощи путем организации проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с [порядком](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_327064/#dst100016) организации и проведения контроля.

214. Территориальный фонд по месту страхования в течение десяти рабочих дней с даты получения счета в электронном виде проводит медико-экономический контроль предъявленного медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, счета и реестра и, при отсутствии причин, требующих дополнительного рассмотрения реестра, осуществляет оплату оказанной медицинской помощи.

215. При наличии причин, требующих дополнительного рассмотрения реестра, территориальный фонд по месту страхования застрахованного лица организует и проводит медико-экономическую экспертизу и/или экспертизу качества медицинской помощи.

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с [пунктом 10 статьи 40](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/3c41b68ccd2d33284f6189980831981488039ed2/#dst100746)Федерального закона применяются меры, предусмотренные [статьей 41](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/f6b433660ddf0f434aec23e9180e5048751162e0/#dst100531)Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи.

216. Территориальный фонд по месту страхования в течение двадцати пяти рабочих дней с даты получения счета в электронном виде осуществляет оплату медицинской помощи с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по тарифам и способам оплаты медицинской помощи на дату завершения случая оказания медицинской помощи, за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда и направляет в медицинскую организацию, находящуюся за пределами Российской Федерации, соответствующее извещение об оплате, в котором указываются позиции реестра, не принятые к оплате или частично оплаченные, а также сведения о результатах проведенного контроля и экспертиз.

217. Сверка расчетов по счетам проводится ежегодно перед составлением годовой бухгалтерской отчетности за период с 1 октября предыдущего отчетного года по 30 сентября отчетного года включительно (далее - отчетный период) с оформлением акта сверки расчетов за медицинскую помощь, который должен содержать следующие сведения:

1) сальдо на начало отчетного периода с указанием номера, даты счета и суммы;

2) номер, дату счета;

3) суммы счетов, предъявленных к оплате, оплаченных и отказанных в оплате;

4) сальдо на конец отчетного периода с указанием номера, даты счета и суммы.

218. Территориальный фонд по месту страхования составляет акт сверки счетов, выставленных к оплате медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, в двух экземплярах и направляет их до 15 ноября отчетного года в указанную медицинскую организацию.

219. Медицинская организация, находящаяся за пределами Российской Федерации, получившая акт сверки счетов, производит сверку данных и один экземпляр акта сверки в срок до 15 декабря отчетного года направляет в территориальный фонд по месту страхования застрахованного лица.

220. Обмен данными при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого они застрахованы, производится в электронном виде в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета.

221. При технической невозможности осуществления обмена данными в электронном виде с соблюдением указанных требований усиленной квалифицированной электронной подписи подлинность сведений, представленных в электронном виде, должна подтверждаться документом на бумажном носителе.

222. Медицинская организация, находящаяся за пределами Российской Федерации, представляет отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в территориальный фонд, в реестр медицинских организаций которого она включена.

# XIV. Требования к размещению страховыми медицинскими

# организациями информации

# 

223. Страховые медицинские организации размещают на собственных официальных сайтах в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - официальный сайт страховой медицинской организации), опубликовывают в средствах массовой информации следующую информацию:

1) о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования;

2) о руководителях, об акционерах (участниках, членах);

3) о финансовых результатах деятельности;

4) об опыте работы;

5) о количестве застрахованных лиц всего, в том числе в субъектах Российской Федерации на начало текущего года;

6) о медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации;

7) о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

8) о выявленных по обращениям застрахованных лиц нарушениях при предоставлении медицинской помощи;

9) о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе о праве выбора или замены страховой медицинской организации;

10) о правах застрахованных лиц на выбор медицинской организации и врача <16>;

--------------------------------

<16> [Статья 21](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_325674/a43087b378421d19765ff28cd0f0b5c3906d6a4b/#dst100273) Федерального закона N 323-ФЗ.

11) о выявленных нарушениях в медицинских организациях при оказании медицинской помощи, в том числе:

прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации и врача;

организации работы медицинской организации;

этики и деонтологии;

качества медицинской помощи;

лекарственного обеспечения;

в части взимания с застрахованных лиц платы за медицинскую помощь, включенную в программу обязательного медицинского страхования;

отказ в оказании медицинской помощи, включенной в программу обязательного медицинского страхования;

12) о порядке получения полиса, в том числе:

[форму](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_212851/" \l "dst100265) заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации;

форму заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса;

адреса и режим работы пунктов выдачи полисов;

способы подачи заявления;

адреса официальных сайтов страховых медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации;

номера телефонов и адреса электронной почты справочной службы страховой медицинской организации, участвующей в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации;

перечень документов, необходимых для получения полиса;

порядок обжалования решений, действий или бездействия работников при выдаче полисов;

номера телефонов и адреса электронной почты подразделений по организации защиты прав застрахованных лиц страховых медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации и территориального фонда;

13) об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным [законом](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/#dst0);

14) информацию, размещенную органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья на официальном сайте в сети "Интернет":

о медицинских организациях, в которых граждане могут пройти профилактические медицинские осмотры, включая диспансеризацию <17>;

--------------------------------

<17> [Статья 46](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_325674/03764148a1ec0889d20135a4580f8aa76bbf364b/#dst100480) Федерального закона N 323-ФЗ.

о возможности прохождения профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию, в том числе в вечерние часы и в субботу;

о возможности дистанционной записи на медицинские исследования.

224. Информация размещается непосредственно на официальном сайте страховой медицинской организации в форме инфографики, мультимедиа, гипертекстовой форме, документа в электронной форме, графической форме, форме открытых данных и базы данных, в виде активных ссылок, при активации которых пользователь получает доступ к страницам сайта, содержащим информацию, указанную в [пункте 223](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/c38200a86bb29599401fc2e709b40dddd070d25d/#dst101110)настоящих Правил.

При размещении информации в гипертекстовой форме обеспечивается возможность поиска и копирования фрагментов текста средствами веб-обозревателя.

При размещении информации в форме электронного документа обеспечивается возможность ее сохранения на технических средствах пользователей, допускающая после сохранения поиск и копирование произвольного фрагмента текста средствами соответствующей программы для просмотра.

Информация в форме открытых данных размещается в формате CSV, XML, RDF либо в ином формате, позволяющем осуществлять автоматизированную обработку информации.

225. Способы размещения информации, указанные в [пункте 224](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/c38200a86bb29599401fc2e709b40dddd070d25d/#dst101148)настоящих Правил, должны обеспечивать возможность пользователю распечатать на бумажном носителе информацию: о порядке получения полиса, об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным [законом](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/#dst0), о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе праве выбора или замены страховой медицинской организации, медицинской организации, о медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи.

226. Размещаемая на официальном сайте страховой медицинской организации информация подлежит актуализации не позднее трех рабочих дней с момента ее изменения.

227. Опубликование в средствах массовой информации (включая электронные) информации, указанной в [пункте 223](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/c38200a86bb29599401fc2e709b40dddd070d25d/#dst101110) настоящих Правил, осуществляется страховой медицинской организацией не реже одного раза в год. Максимальное число публикаций не ограничено. Страховые медицинские организации хранят экземпляры или электронные версии публикаций не менее трех лет.

228. При размещении на официальном сайте страховой медицинской организации или в средствах массовой информации, включая электронные, персональных данных необходимо учитывать требования законодательства Российской Федерации, определяющие необходимость получения согласия субъекта персональных данных на их опубликование в открытых источниках.

229. Размещению на официальном сайте страховой медицинской организации и средствах массовой информации не подлежит информация, содержащая государственную или иную охраняемую в соответствии с законодательством Российской Федерации тайну.

# XV. Порядок информационного сопровождения застрахованных

# лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи

# 

230. В соответствии со [статьей 14](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/82f332f77b7fca9faf50d61fe99c57c3c54f3430/#dst100141) Федерального закона страховая медицинская организация в порядке, установленном настоящими Правилами, осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи.

231. Страховая медицинская организация осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи и обеспечивает информирование застрахованных лиц и их [законных представителей](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99661/#dst100004), в том числе по обращениям, путем организации работы с застрахованными лицами уполномоченных лиц страховой медицинской организации (далее - страховые представители), о:

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

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

3) порядке получения полиса;

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

5) прохождении, в том числе в вечерние часы и в субботу, профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смерти населения, а также о возможности дистанционной записи на медицинские исследования;

6) прохождении диспансерного наблюдения застрахованными лицами, включенными в группы диспансерного наблюдения при наличии оснований согласно порядкам и срокам проведения диспансерного наблюдения, установленными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья, в том числе онкологическими больными;

7) перечне оказанных медицинских услуг и их стоимости (на основании принятых от медицинских организаций реестров счетов за оказанную медицинскую помощь);

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

Медицинская организация безвозмездно предоставляет страховой медицинской организации доступное для пациентов место для размещения информационных материалов о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и средств информирования, в том числе информационных стендов, информационных интерактивных панелей, средств телекоммуникационной связи, а также для деятельности представителей страховой медицинской организации.

232. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья размещают на своих официальных сайтах в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" информацию о медицинских организациях, в которых граждане могут пройти профилактические медицинские осмотры, включая диспансеризацию.

233. Информирование застрахованных лиц о необходимости прохождения профилактических мероприятий, опросы застрахованных лиц о качестве и доступности медицинской помощи, предоставление по устным обращениям застрахованных лиц информации по вопросам обязательного медицинского страхования (типовые вопросы), переадресация вопросов, требующих рассмотрения иными специалистами страховой медицинской организации, осуществляется страховым представителем страховой медицинской организации, являющимся специалистом контакт-центра.

234. Работа с обращениями граждан, обеспечение организации информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий, формирование списков лиц, подлежащих диспансеризации и лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, организация индивидуального информирования застрахованных лиц о необходимости прохождения профилактических мероприятий и диспансерной явки, мониторинг и анализ результатов профилактических мероприятий, в том числе профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, подготовка предложений для медицинских организаций по организации профилактических медицинских осмотров и диспансеризации осуществляются страховым представителем страховой медицинской организации.

235. Рассмотрение жалоб застрахованных лиц, включая организацию экспертизы качества оказанной им медицинской помощи и обеспечение при наличии индивидуального согласия информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания медицинской помощи, в том числе обеспечение индивидуального информирования и сопровождение застрахованных лиц по результатам профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, информационная работа с застрахованными лицами о необходимости своевременного обращения в медицинские организации в целях предотвращения ухудшения состояний здоровья и формирование приверженности к лечению осуществляются страховым представителем страховой медицинской организации, являющимся специалистом-экспертом.

236. Информирование застрахованных лиц и их [законных представителей](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99661/#dst100004) о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости (далее - информация) осуществляется в электронном виде через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) по запросу, а также через официальные сайты при условии прохождения застрахованным лицом процедуры идентификации и аутентификации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

237. Застрахованное лицо имеет возможность получить доступ к сведениям об обращениях за получением медицинской помощи в личном кабинете Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций).

238. Информация в личном кабинете на официальном сайте должна отображаться в доступной, наглядной, понятной форме, при этом обеспечиваются открытость, актуальность, полнота, достоверность информации, простота и понятность восприятия информации.

239. Информация отображается в личном кабинете Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) на русском языке. В личном кабинете на официальном сайте информация может быть отображена также на государственных языках республик, входящих в состав Российской Федерации.

240. Отображенная в личном кабинете на официальном сайте информация должна быть доступна пользователям для ознакомления круглосуточно без взимания платы и иных ограничений.

241. Информация отображается в личном кабинете Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) или в личном кабинете на официальном сайте, в том числе в форме электронного образа документа и должна содержать интерактивные элементы формы обратной связи с указанием контактных данных пользователя (адрес электронной почты, телефон), позволяющие подать обращение, в том числе жалобу, по конкретному случаю оказания медицинской помощи.

242. Обращение по конкретному случаю оказания медицинской помощи, сформированное посредством интерактивной формы обратной связи личного кабинета официального сайта или личного кабинета Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) (далее - обращение), направляется в территориальный фонд по месту страхования заявителя.

243. Уведомление о результате рассмотрения обращения, подписанное усиленной квалифицированной электронной подписью ответственного лица территориального фонда, направляется пользователю через личный кабинет Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) или личный кабинет официального сайта в срок, установленный законодательством Российской Федерации. Уведомление о результате рассмотрения обращения направляется также на адрес электронной почты пользователя.

244. Отображение информации в личном кабинете Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) и в личном кабинете официального сайта и ее обновление обеспечивается в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации к обработке персональных данных.

245. Технические и программные средства, которые используются для функционирования личного кабинета официального сайта, должны обеспечивать:

1) доступ к размещенной в личном кабинете официального сайта информации без использования программного обеспечения, установка которого на технические средства пользователя информации требует заключения лицензионного или иного соглашения с правообладателем программного обеспечения, предусматривающего взимание с пользователя информации платы;

2) защиту информации от несанкционированного уничтожения, модификации и блокирования доступа к ней, а также иных неправомерных действий в отношении ее;

3) возможность копирования информации из личного кабинета официального сайта на резервный носитель, обеспечивающий ее восстановление.

246. В личном кабинете официального сайта или личном кабинете Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) должна отображаться информация, содержащая:

1) фамилию, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица;

2) номер полиса;

3) сведения о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации;

4) контактные данные страхового представителя первого уровня; телефон "горячей линии" контакт-центра в сфере обязательного медицинского страхования;

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

6) сведения о субъекте Российской Федерации, в котором оказана медицинская услуга;

7) наименование медицинской организации, оказавшей медицинские услуги застрахованному лицу;

8) сведения о виде оказанной медицинской помощи;

9) информацию об условиях оказания медицинских услуг;

10) наименование медицинской услуги;

11) дату начала оказания медицинской услуги;

12) дату окончания оказания медицинской услуги;

13) сведения о стоимости медицинских услуг, оказанных застрахованному лицу в медицинской организации за указанный период, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

247. Страховая медицинская организация проводит опросы застрахованных лиц и их законных представителей о доступности и качестве 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](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/56ae89b0391fa88012cbb13ca1a9f1ec93e14f74/#dst100682) Федерального закона.

248. 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. На основании указанной информации застрахованное лицо или его законный представитель осуществляет выбор медицинской организации для оказания ему специализированной медицинской помощи <18>.

--------------------------------

<18> [Приказ](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_130221/#dst0) 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 [приказ](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_143633/#dst0) 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).

249. 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 (далее - информационный ресурс).

250. Страховые медицинские организации и медицинские организации получают доступ к информационному ресурсу и используют информацию, размещенную на указанном ресурсе, для осуществления 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.

251. Страховая медицинская организация обеспечивает контроль за соблюдением прав застрахованных лиц, в том числе с онкологическими заболеваниями, на оказание медицинской помощи в соответствии с [порядками](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141711/a561c729a5c41cc7f478b665c356e27638a45269/#dst100003) оказания медицинской помощи, на основе [клинических рекомендаций](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141711/529d8da5a3fd5a6e7bac9da26bc0f1ce1c48b77a/#dst100123) и с учетом [стандартов](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141711/c335af07929c2b2a5df5b1a0380b9e39598f60be/#dst100005) медицинской помощи, в том числе своевременность проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий.

Страховая медицинская организация на информационном ресурсе территориального фонда формирует индивидуальную историю страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием на основе сведений реестров-счетов на оплату медицинской помощи на всех этапах ее оказания, по случаям подозрения на онкологическое заболевание или установленного диагноза онкологического заболевания, по впервые выявленным заболеваниям или продолжающегося лечения.

Индивидуальная история страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием должна содержать следующую информацию:

1) единый номер полиса застрахованного лица;

2) номера и даты счетов на оплату медицинской помощи;

3) коды медицинских организаций, оказавших медицинскую помощь;

4) о посещениях/обращениях в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь по месту жительства/прикрепления;

5) о законченных случаях лечения в условиях стационара и дневного стационара;

6) даты начала и окончания оказания медицинской помощи;

7) о диагнозах основном и сопутствующим по МКБ-10;

8) результаты обращения за медицинской помощью;

9) сведения о диспансерном наблюдении.

Данные сведения формируются в хронологической последовательности по датам оказания законченных случаев лечения и/или медицинских услуг.

При реализации застрахованным лицом выбора (замены) страховой медицинской организации в связи с изменением места жительства, полноту формирования полной индивидуальной истории страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием обеспечивают территориальные фонды.

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

В случаях принятия Комиссией решений по корректировке объемов медицинской помощи, установленных для медицинских организаций или страховых медицинских организаций, актуализация сведений в информационном ресурсе осуществляется территориальным фондом не позднее двух рабочих дней с даты принятия Комиссией решений.

253. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, средствами информационного ресурса представляет в территориальный фонд в срок не позднее 31 января текущего года:

1) сведения о 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 текущем календарном году в соответствии с планом проведения диспансеризации;

2) планы-графики проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, и диспансеризации на текущий календарный год с поквартальной/помесячной разбивкой в разрезе терапевтических участков (участков врача общей практики, фельдшерских участков) не позднее двух рабочих дней с даты утверждения (изменения) указанного плана;

3) сведения о застрахованных лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в медицинской организации на текущий календарный год;

4) график 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.

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

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

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

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

4) застрахованных лицах, госпитализированных в экстренном порядке;

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

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

256. Медицинская организация, оказывающая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, включенную в базовую программу, после получения сведений, содержащих рекомендации медицинских работников федеральных государственных бюджетных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь (далее в целях настоящих Правил - национальные медицинские исследовательские центры) по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, не позднее одного рабочего дня с даты получения данных сведений размещает посредством информационного ресурса информацию о застрахованных лицах, в отношении которых получены указанные рекомендации.

257. Страховая медицинская организация осуществляет контроль выполнения медицинскими организациями рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий.

Страховой представитель в течение двух рабочих дней после размещения медицинской организацией на информационном ресурсе территориального фонда сведений о получении рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, обеспечивает проведение очной медико-экономической экспертизы в соответствии с [порядком](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_327064/#dst100016) организации и проведения контроля.

Экспертиза качества медицинской помощи по случаям оказания застрахованным лицам медицинской помощи с применением рекомендаций, полученных в ходе телемедицинских консультаций/консилиумов, проводится страховой медицинской организацией.

258. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени по рабочим дням осуществляет обновление в информационном ресурсе сведений о застрахованных лицах:

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

2) начавших прохождение диспансеризации;

3) завершивших первый этап диспансеризации;

4) направленных на второй этап диспансеризации;

5) завершивших второй этап диспансеризации.

Страховая медицинская организация не позднее трех рабочих дней после индивидуального информирования застрахованных лиц осуществляет размещение сведений об указанном информировании в информационном ресурсе.

259. 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, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и/или специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную, ведет учет информации за истекшие сутки о:

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

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

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

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

260. Страховая медицинская организация на основании информации, полученной в соответствии с [пунктом 259](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/0dfd2b328d795a0af6ec76c18ce3aa713c6abb00/#dst101247) настоящих Правил, в течение одного рабочего дня осуществляет контроль правильности направлений застрахованных лиц на госпитализацию в профильные медицинские организации.

261. При выявлении случаев нарушений соблюдения сроков госпитализации, профиля госпитализации и уровня медицинской организации страховая медицинская организация информирует руководителя медицинской организации и орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченный высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, о фактах непрофильной госпитализации и при необходимости принимает меры по переводу пациента в другую медицинскую организацию соответствующего профиля и имеющую оснащение в соответствии с [порядками](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141711/a561c729a5c41cc7f478b665c356e27638a45269/#dst100003) оказания медицинской помощи.

262. 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, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и/или специализированную, в том числе высокотехнологичную, 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.

263. 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, оказывающую первичную медико-санитарную помощь и/или специализированную медицинскую помощь:

1) 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, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь;

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

264. Страховая медицинская организация ведет учет застрахованных лиц:

1) подлежащих профилактическим медицинским осмотрам, диспансеризации и диспансерному наблюдению в текущем календарном году;

2) начавших прохождение диспансеризации;

3) завершивших первый этап диспансеризации;

4) направленных на второй этап диспансеризации;

5) завершивших второй этап диспансеризации;

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

Страховая медицинская организация осуществляет в течение года публичное информирование застрахованных лиц о целях и задачах профилактических осмотров, в том числе диспансеризации, и порядке их проведения через публикации в средствах массовой информации, распространение брошюр и памяток, выступления в коллективах застрахованных лиц, через размещение информации на официальном сайте, а также индивидуальное информирование застрахованных лиц о праве прохождения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения.

265. Страховая медицинская организация получает сведения, внесенные каждой медицинской организацией в информационный ресурс в срок не позднее 31 января текущего календарного года, о лицах из числа выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи, в отношении которых планируется осуществление профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения в очередном календарном году, в том числе поквартально, а также о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в медицинской организации в текущем календарном году: фамилию, имя, отчество (при наличии), дату рождения, номер полиса.

266. При представлении медицинской организацией в территориальный фонд сведений о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в медицинской организации в текущем календарном году, и планируемых сроках диспансерного наблюдения дополнительно к сведениям, установленным [пунктом 265](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/0dfd2b328d795a0af6ec76c18ce3aa713c6abb00/#dst101266) настоящих Правил, представляются следующие сведения:

1) диагноз заболевания, по поводу которого застрахованное лицо находится под диспансерным наблюдением;

2) дата включения застрахованного лица в группу диспансерного наблюдения;

3) периодичность диспансерного осмотра при диагнозе заболевания, по которому застрахованное лицо состоит на диспансерном наблюдении;

4) код медицинского работника, осуществляющего диспансерное наблюдение застрахованного лица в выбранной им медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи: врача-терапевта (участкового, общей практики), врача-специалиста (по профилю заболевания застрахованного лица), врача (фельдшера) отделения (кабинета) медицинской профилактики, врача (фельдшера) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, фельдшера фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения;

5) дата предыдущего диспансерного приема (осмотра, консультации);

6) сроки (календарный месяц) проведения диспансерного приема (осмотра, консультации), запланированные медицинской организацией, осуществляющей диспансерное наблюдение;

7) о месте проведения диспансерного приема (осмотра, консультации): медицинская организация или на дому (в случае невозможности посещения гражданином, подлежащим диспансерному наблюдению, медицинской организации в связи с тяжестью состояния или нарушением двигательных функций);

8) дата посещения/обращения застрахованного лица медицинской организации для прохождения диспансерного приема (осмотра, консультации) (по факту обращения);

9) результат диспансерного приема (осмотра, консультации) (по факту обращения), отражающий выдачу застрахованному лицу врачом - терапевтом направления для проведения диспансерного наблюдения врачом-специалистом другой медицинской организации, в том числе специализированного вида, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю заболевания застрахованного лица, в случае отсутствия такого врача-специалиста в медицинской организации;

10) результат диспансерного приема (осмотра, консультации) (по факту обращения), отражающий прекращение диспансерного наблюдения.

267. Страховые медицинские организации в целях индивидуального информирования застрахованных лиц о прохождении профилактических мероприятий средствами единого информационного ресурса представляют в территориальный фонд сведения о застрахованных лицах:

1) даты первичного и повторного информирования страховой медицинской организацией застрахованного лица, находящегося под диспансерным наблюдением, и не прошедшего диспансерный прием (осмотр, консультацию) на момент осуществления информирования, о необходимости прохождения диспансерного осмотра в текущем году в установленные сроки;

2) способ первичного и повторного информирования страховой медицинской организацией застрахованного лица.

268. Территориальный фонд в течение пяти рабочих дней с момента представления медицинской организацией сведений в соответствии с [пунктами 265](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/0dfd2b328d795a0af6ec76c18ce3aa713c6abb00/#dst101266) и [266](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/0dfd2b328d795a0af6ec76c18ce3aa713c6abb00/#dst101267) настоящих Правил, на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц осуществляет автоматизированную обработку полученных от медицинских организаций сведений, в целях:

1) идентификации страховой принадлежности застрахованных лиц, включенных медицинской организацией в списки для проведения профилактического медицинского осмотра, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения;

2) проверки соответствия прикрепления лиц, включенных в списки, к данной медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи.

Протоколы автоматизированной обработки полученных от медицинских организаций сведений направляются в медицинские организации средствами единого информационного ресурса.

269. Медицинская организация по истечении срока, определенного [пунктом 265](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/0dfd2b328d795a0af6ec76c18ce3aa713c6abb00/#dst101266) настоящих Правил, в течение пяти рабочих дней средствами информационного ресурса вносит необходимые корректировки в сведения, представленные в соответствии с [пунктами 265](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/0dfd2b328d795a0af6ec76c18ce3aa713c6abb00/#dst101266) и [266](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/0dfd2b328d795a0af6ec76c18ce3aa713c6abb00/#dst101267) настоящих Правил, и направляет в страховые медицинские организации с учетом результатов идентификации сведения о лицах, включенных в списки для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения на текущий календарный год, распределенные поквартально с учетом имеющихся возможностей медицинской организации для самостоятельного выполнения работ (услуг), необходимых для проведения профилактических мероприятий в полном объеме, или привлечения для выполнения некоторых видов работ (услуг) иных медицинских организаций на основании заключенного договора.

270. Страховая медицинская организация в случае несвоевременного представления сведений в соответствии с [пунктом 269](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/0dfd2b328d795a0af6ec76c18ce3aa713c6abb00/#dst101285) Правил информирует территориальный фонд о перечне медицинских организаций, не предоставивших указанные сведения в установленные сроки.

271. Территориальный фонд консолидирует информацию, полученную от страховой медицинской организации, и направляет ее в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья для принятия решений.

272. Медицинская организация посредством информационного ресурса ежемесячно актуализирует и представляет страховой медицинской организации сведения о лицах, включенных в списки для проведения профилактического медицинского осмотра I этапа диспансеризации.

Медицинская организация ежемесячно направляет в информационный ресурс сведения о застрахованных лицах, направленных на II этап диспансеризации, перечне дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами, назначенных застрахованным лицам к выполнению на II этапе диспансеризации для уточнения диагноза заболевания, а также сведения о застрахованных лицах, направленных на диспансерное наблюдение.

273. Страховой представитель ежемесячно осуществляет информирование застрахованных лиц, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации или диспансерному наблюдению в текущем году, в том числе лиц, не прошедших данные мероприятия, или законных представителей застрахованных лиц о возможности прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации или диспансерного приема (осмотра, консультации). Каждое застрахованное лицо, включенное в список для прохождения профилактических мероприятий, информируется один раз и один раз повторно, при неявке на профилактические мероприятия.

274. Страховая медицинская организация представляет в территориальный фонд отчет об информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи по [форме](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_295759/#dst100417), устанавливаемой Федеральным фондом в соответствии с [пунктом 6.1 части 8 статьи 33](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/56ae89b0391fa88012cbb13ca1a9f1ec93e14f74/#dst100682) Федерального закона.

275. 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](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_317665/738da62240a2f39c000c4a55b3c5c650d2eb9e22/#dst111) Федерального закона.

276. Страховая медицинская организация осуществляет досудебную защиту прав застрахованного лица.

При обращении застрахованного лица ([законного представителя](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99661/#dst100004)застрахованного лица) с жалобой на некачественное оказание медицинской помощи или взимание платы за медицинскую помощь, включенную в территориальную программу обязательного медицинского страхования, страховая медицинская организация регистрирует письменное обращение, по жалобе на некачественное оказание медицинской помощи проводит медико-экономическую экспертизу и (или) экспертизу качества медицинской помощи в соответствии с [порядком](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_327064/#dst100016) организации и проведения контроля и в сроки, установленные Федеральным [законом](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_314820/#dst0) от 2 мая 2006 г. N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" <19>.