Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 108н (ред. от 01.07.2021) "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2019 N 54643)

Документ предоставлен КонсультантПлюс

www.consultant.ru

Дата сохранения: 23.08.2021

Зарегистрировано в Минюсте России 17 мая 2019 г. N 54643

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 28 февраля 2019 г. N 108н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Список изменяющих документов
(в ред. Приказов Минздрава России от 09.04.2020 N 299н,
от 25.09.2020 N 1024н, от 10.02.2021 N 65н, от 26.03.2021 N 254н,
от 01.07.2021 N 696н)

В соответствии с подпунктом 5.2.136 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 26, ст. 3526; 2013, N 16, ст. 1970; N 20, ст. 2477; N 22, ст. 2812; N 33, ст. 4386; N 45, ст. 5822; 2014, N 12, ст. 1296; N 26, ст. 3577; N 30, ст. 4307; N 37, ст. 4969; 2015, N 2, ст. 491; N 12, ст. 1763; N 23, ст. 3333; 2016, N 2, ст. 325; N 9, ст. 1268; N 27, ст. 4497; N 28, ст. 4741; N 34, ст. 5255; N 49, ст. 6922; 2017, N 7, ст. 1066; N 33, ст. 5202; N 37, ст. 5535; N 40, ст. 5864; N 52, ст. 8131; 2018, N 13, ст. 1805; N 18, ст. 2638; N 36, ст. 5634; N 41, ст. 6273; N 48, ст. 7431; N 50, ст. 7774; 2019, N 1, ст. 31; N 4, ст. 330), приказываю:

1. Утвердить Правила обязательного медицинского страхования согласно приложению.

2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 г., регистрационный N 19998);

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 августа 2011 г. N 897н "О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н "Об утверждении правил обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 августа 2011 г., регистрационный N 21609);

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. N 1036н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2011 г., регистрационный N 22053);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 марта 2013 г. N 160н "О внесении изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 мая 2013 г., регистрационный N 28480);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г. N 396н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 сентября 2013 г., регистрационный N 30004);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 ноября 2013 г. N 859ан "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 ноября 2013 г., регистрационный N 30489);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2015 г. N 536н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 октября 2015 г., регистрационный N 39119);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 марта 2016 г. N 192н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 мая 2016 г., регистрационный N 41969);

пункт 1 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 июня 2016 г. N 423н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н, и форму типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской

Федерации от 9 сентября 2011 г. N 1030н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 июля 2016 г., регистрационный N 42892);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 сентября 2016 г. N 736н "О внесении изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 октября 2016 г., регистрационный N 43922);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 октября 2016 г. N 803н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н, с целью реализации положений Договора о Евразийском экономическом союзе, подписанного в г. Астане 29 мая 2014 года" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 декабря 2016 г., регистрационный N 44840);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 января 2017 г. N 2н "О внесении изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 января 2017 г., регистрационный N 45459).

Министр
В.И.СКВОРЦОВА

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 28 февраля 2019 г. N 108н

ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Список изменяющих документов
(в ред. Приказов Минздрава России от 09.04.2020 N 299н,
от 25.09.2020 N 1024н, от 10.02.2021 N 65н, от 26.03.2021 N 254н,
от 01.07.2021 N 696н)

I. Общие положения

1. Настоящие Правила обязательного медицинского страхования (далее - Правила) регулируют правоотношения субъектов и участников обязательного медицинского страхования при реализации Федерального закона 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 подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом и заявления о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования, единые требования к полису обязательного медицинского страхования, порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования либо временного свидетельства застрахованному лицу, порядок приостановления действия полиса обязательного медицинского страхования и признание полиса обязательного медицинского страхования недействительным, порядок ведения реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, порядок ведения единого реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования, порядок 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 оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, порядок утверждения для страховых медицинских организаций дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования, методику расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, методику расчета объемов финансового обеспечения медицинской помощи, 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, требования к размещению страховыми медицинскими организациями информации, порядок 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 к настоящим Правилам.
(в ред. Приказов Минздрава России от 10.02.2021 N 65н, от 26.03.2021 N 254н)

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 Федерального закона застрахованные лица имеют право на выбор или замену страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном настоящей главой.

4. Выбор или замена страховой медицинской организации в соответствии с частью 4 статьи 16 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. 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 о выборе (замене) страховой медицинской организации должно содержать следующие сведения:

1) о застрахованном по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с Федеральным законом 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 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 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 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 о выборе (замене) страховой медицинской организации в соответствии с частью 5 статьи 16 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 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 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 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 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, удостоверяющий личность;

доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленная в соответствии со статьей 185 Гражданского кодекса Российской Федерации;

9) для законного представителя застрахованного лица:

документ, удостоверяющий личность;

документ, подтверждающий полномочия законного представителя.

15. В случае подачи заявления 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 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 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 о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств - членов ЕАЭС на обязательное медицинское

страхование.

18. Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации оформляется иностранными гражданами, указанными в пункте 16 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 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, 15, 17 и 19 настоящих Правил, страховая медицинская организация осуществляет учет застрахованного лица по обязательному медицинскому страхованию и выдачу в соответствии с главой IV 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 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 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 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 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 Федерального закона граждане Российской Федерации, указанные в части 1 статьи 49.1 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, 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.

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 А5;

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.

В случае осуществления территориальным фондом в соответствии с частью 17 статьи 38 Федерального закона обязанностей и прав, предусмотренных частями 2 и 3 указанной статьи, оборотная сторона бумажного полиса заполняется территориальным фондом;
(абзац введен Приказом Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

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 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 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 Федерального закона полисы, выданные лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию до дня вступления в силу Федерального закона, 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 "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 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 - 42 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 - 52 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 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 - 42 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 о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса должно содержать сведения, указанные в подпунктах 1 - 3 и 5 пункта 6 настоящих Правил.

65. Заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса подаются в соответствии с пунктами 7 и 8 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 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 Федерального закона военные комиссариаты передают в территориальные фонды сведения о призванных на военную службу гражданах, предусмотренные пунктами 1 и 6 части 2 статьи 44 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 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 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 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 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 настоящих Правил, и обеспечивает отражение данных сведений в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

79. В соответствии с частью 6 статьи 49 Федерального закона федеральный орган исполнительной власти в сфере внутренних дел передает в Федеральный фонд сведения, предусмотренные пунктами 1 и 6 части 2 статьи 44 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 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 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 "О беженцах".

80. Территориальный фонд обеспечивает отражение сведений, указанных в пункте 79 настоящих Правил, в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета и признает полис недействительным со дня поступления данных сведений.

VI. Порядок ведения реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

81. Ведение реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации (далее - реестр страховых медицинских организаций), осуществляется в соответствии с пунктом 14 части 7 статьи 34 Федерального закона территориальным фондом по форме согласно приложению N 2 к настоящим Правилам.

82. Реестры страховых медицинских организаций субъектов Российской Федерации являются сегментами единого реестра страховых медицинских организаций.

Ведение единого реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Российской Федерации (далее - единый реестр страховых медицинских организаций), осуществляется Федеральным фондом в соответствии с пунктом 9 части 8 статьи 33 Федерального закона.

83. Реестр страховых медицинских организаций содержит следующие сведения:

1) код субъекта Российской Федерации по ОКАТО, в котором расположена страховая медицинская организация, в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по общероссийским классификаторам технико-экономической и социальной информации (далее - ОК ТЭИ);

2) код страховой медицинской организации в кодировке единого реестра страховых медицинских организаций (далее - реестровый номер);

3) код причины постановки на учет (далее - КПП), для филиалов (представительств) страховых медицинских организаций в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения;

4) идентификационный номер налогоплательщика (далее - ИНН);

5) государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (далее -

ОГРН);

6) полное и сокращенное (при наличии) наименования страховой медицинской организации (филиала/представительства) в соответствии с ЕГРЮЛ;

7) об организационно-правовой форме и код организационно-правовой формы страховой медицинской организации в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ;

8) головная организация (1), филиал (представительство) (2);

9) место нахождения и адрес страховой медицинской организации;

10) фактический адрес страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ;

11) место нахождения и адрес филиала (представительства) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ;

12) фамилию, имя, отчество (при наличии), телефон и факс руководителя, адрес электронной почты;

13) фамилию, имя, отчество (при наличии), телефон и факс, адрес электронной почты руководителя филиала (представительства) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации;

14) сведения о лицензии на осуществление страхования по виду деятельности - обязательное медицинское страхование (номер, дата выдачи и окончания срока действия);

15) дату включения страховой медицинской организации в реестр страховых медицинских организаций;

16) дату исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций;

17) причину исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций;

18) численность застрахованных лиц страховой медицинской организацией в субъекте Российской Федерации на дату подачи уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования (далее - уведомление).

84. Страховая медицинская организация направляет уведомление в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором страховая медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, на бумажном носителе или в электронном виде. Уведомление на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи с соблюдением требований по технической защите конфиденциальной информации направляется через официальный сайт территориального фонда.

Уведомление должно содержать следующую информацию:

1) полное и сокращенное (при наличии) наименования страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ;

2) полное и сокращенное (при наличии) наименования филиала (представительства) страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ;

3) место нахождения и адрес страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ;

4) место нахождения и адрес филиала (представительства) страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ;

5) КПП (для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения);

6) индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) (для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения);

7) государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН);

8) организационно-правовая форма страховой медицинской организации и код организационно-правовой формы (ОКОПФ) в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ;

9) фамилию, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты;

10) фамилию, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя филиала (представительства), адрес электронной почты;

11) сведения о лицензии на осуществление страхования по виду деятельности - обязательное медицинское страхование (номер, дата выдачи, дата окончания действия);

12) численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на дату подачи уведомления;

13) сведения о возможности выполнения страховой медицинской организацией информационного сопровождения застрахованных лиц.

85. Территориальный фонд проверяет представленное страховой медицинской организацией уведомление на наличие сведений, предусмотренных пунктом 84 настоящих Правил.

86. В случае направления уведомления в электронном виде страховая медицинская организация в течение семи рабочих дней с даты его направления представляет в территориальный фонд копии документов, заверенные подписью руководителя страховой медицинской организации и печатью страховой медицинской организации, подтверждающие сведения, указанные в пункте 84 настоящих Правил:

1) выписка из ЕГРЮЛ;

2) свидетельство о постановке на учет в налоговом органе;

3) лицензия на осуществление страхования по виду деятельности - обязательное медицинское страхование;

4) для филиалов (представительств) доверенность на руководителя, положение о филиале (представительстве), свидетельство о постановке на учет в налоговом органе по месту нахождения обособленного подразделения.

При представлении уведомления на бумажном носителе одновременно представляются копии данных документов.

87. В день получения документов согласно пункту 86 настоящих Правил территориальный фонд осуществляет их проверку, в том числе на соответствие сведениям, предусмотренным пунктом 84 настоящих Правил, при установлении соответствия вносит данную страховую медицинскую организацию в реестр страховых медицинских организаций с присвоением реестрового номера и размещает на своем официальном сайте сведения, предусмотренные подпунктами 2, 3, 6, 9 - 14 пункта 83 настоящих Правил. Представитель страховой медицинской организации вправе присутствовать при проверке соответствия документов и сведений, указанных в уведомлении.

88. Присвоенный страховой медицинской организации реестровый номер территориальный фонд не позднее двух рабочих дней с даты присвоения направляет на указанный в уведомлении страховой медицинской организации адрес электронной почты.

89. При выявлении несоответствия сведений, представленных в уведомлении в соответствии с пунктом 84 настоящих Правил, документам территориальный фонд уведомляет страховую медицинскую организацию о несоответствии.

Страховая медицинская организация вносит уточнения в уведомление с учетом срока, установленного частью 10 статьи 14 Федерального закона.

90. В случае изменения сведений о страховой медицинской организации, предусмотренных подпунктами 3, 4, 6, 9 - 11 пункта 83 настоящих Правил, страховая медицинская организация в течение двух рабочих дней с даты этих изменений направляет в территориальный фонд в письменной форме новые сведения для актуализации реестра страховых медицинских организаций, с представлением документов, подтверждающих изменения.

В случае изменения сведений о страховой медицинской организации, содержащихся в реестре страховых медицинских организаций субъекта Российской Федерации, в результате реорганизации страховой медицинской организации в форме преобразования, а также в форме присоединения к страховой медицинской организации, не включенной в реестр страховых медицинских организаций субъекта Российской Федерации, реорганизованная страховая медицинская организация в течение двух рабочих дней с даты этих изменений направляет в территориальный фонд в письменной форме сведения, необходимые для внесения в реестр страховых медицинских организаций, а также копии документов, подтверждающих такие сведения.

91. Внесение изменений в сведения, содержащиеся в реестре страховых медицинских организаций, осуществляется территориальным фондом в течение пяти рабочих дней со дня представления страховыми медицинскими организациями сведений и документов, подтверждающих эти сведения.

92. Исключение страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций осуществляется в случаях приостановления либо прекращения действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации, по уведомлению о досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении, непредставления документов в срок, установленный частью 10 статьи 14 Федерального закона.

93. Уведомление о досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении в соответствии с частью 15 статьи 38 Федерального закона направляется страховой медицинской организацией в территориальный фонд за три месяца до даты расторжения договора о финансовом обеспечении.

94. Исключение из реестра страховых медицинских организаций в случаях приостановления либо прекращения действия лицензии или ликвидации страховой медицинской организации осуществляется в день получения территориальным фондом сведений, подтверждающих данную информацию, или на установленную частью 10 статьи 14 Федерального закона дату при непредставлении страховой

медицинской организацией документов в срок.

95. Исключение из реестра страховых медицинских организаций на основании уведомления, направляемого страховой медицинской организации территориальным фондом, осуществляется не позднее следующего рабочего дня после дня расторжения договора о финансовом обеспечении.

96. Федеральный фонд обеспечивает размещение на своем официальном сайте единого реестра страховых медицинских организаций с указанием сведений, перечисленных в подпунктах 2, 3, 6, 9 - 15 пункта 83 настоящих Правил.

97. Территориальный фонд обеспечивает представление в Федеральный фонд изменений, внесенных в реестр страховых медицинских организаций, в день внесения данных изменений и размещение на своем официальном сайте реестра страховых медицинских организаций.

98. Федеральный фонд в соответствии с пунктами 3 и 6 части 2 статьи 7 Федерального закона обеспечивает контроль за соблюдением порядка включения (исключения) страховых медицинских организаций в реестр страховых медицинских организаций и в целях ведения единого реестра страховых медицинских организаций осуществляет проверку ведения территориальным фондом реестра страховых медицинских организаций субъекта Российской Федерации, в том числе установленного настоящей главой порядка включения (исключения) страховых медицинских организаций в (из) реестр(а) страховых медицинских организаций, в рамках контроля за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием средств обязательного медицинского страхования, в том числе проводит проверки и ревизии <8>.

<8> Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 декабря 2013 г. N 260 "Об утверждении Порядка осуществления Федеральным фондом обязательного медицинского страхования контроля за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием средств обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 февраля 2014 г., регистрационный N 31336).

VII. Порядок ведения единого реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования

(в ред. Приказа Минздрава России от 10.02.2021 N 65н)

99. Единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее - единый реестр медицинских организаций), в соответствии с частью 1 статьи 15 Федерального закона включает в себя сведения о медицинских организациях, функции и полномочия учредителя в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, оказывающих медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона, и реестры медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования (далее - реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования).

100. Ведение единого реестра медицинских организаций в соответствии с пунктом 10 части 8

статьи 33 Федерального закона осуществляется Федеральным фондом по форме согласно приложению N 3 к настоящим Правилам в электронном виде в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования путем формирования и внесения изменений в записи единого реестра медицинских организаций.

101. Ведение реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с пунктом 14 части 7 статьи 34 Федерального закона осуществляется территориальным фондом по форме согласно приложению N 4 к настоящим Правилам в электронном виде в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования путем формирования и внесения изменений в записи реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

102. Единый реестр медицинских организаций и реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, ведутся на русском языке.

103. Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, содержит следующие сведения о медицинской организации (индивидуальном предпринимателе, осуществляющем медицинскую деятельность), осуществляющей деятельность по территориальной программе субъекта Российской Федерации на соответствующий финансовый год:

1) уникальный номер записи реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, на соответствующий финансовый год по медицинской организации;

2) код медицинской организации (уникальный номер записи единого реестра медицинских организаций, в которой содержатся сведения о медицинской организации) (далее - реестровый номер медицинской организации);

3) код территории субъекта Российской Федерации в соответствии с Общероссийским классификатором территорий муниципальных образований (ОКТМО), в реализации территориальной программы которого участвует медицинская организация;

4) полное и сокращенное (при наличии) наименования медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ;

фамилию, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии со сведениями Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей (далее - ЕГРИП);

5) ИНН медицинской организации (индивидуального предпринимателя) в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

6) КПП медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

7) ОГРН медицинской организации;

8) код организационно-правовой формы медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором организационно-правовых форм (ОКОПФ);

9) код формы собственности медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором форм собственности (ОКФС);

10) сведения об учредителе (учредителях) медицинской организации, являющейся государственным (муниципальным) учреждением:

полное и сокращенное (при наличии) наименования учредителя медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ;

ИНН учредителя медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

КПП учредителя медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

наименование публично-правового образования, от имени которого действует учредитель медицинской организации;

код территории публично-правового образования, от имени которого действует учредитель медицинской организации, в соответствии с Общероссийским классификатором территорий муниципальных образований (ОКТМО);

11) вид медицинской организации в соответствии с номенклатурой медицинских организаций, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2013 г. N 529н "Об утверждении номенклатуры медицинских организаций" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 сентября 2013 г., регистрационный N 29950), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 августа 2019 г. N 615н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 октября 2019 г., регистрационный N 56107) и от 19 февраля 2020 г. N 106н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 марта 2020 г., регистрационный N 57825) (далее - номенклатура медицинских организаций);

12) адрес медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации;

адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке (для индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность);

уникальный номер адреса медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации, адреса, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке в государственном адресном реестре;

13) адрес электронной почты, номер телефона медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность);

14) фамилию, имя, отчество (при наличии) руководителя и иных лиц медицинской организации, имеющих право действовать от имени медицинской организации без доверенности (для медицинской организации);

15) банковские реквизиты медицинской организации;

16) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности:

наименование лицензирующего органа;

адреса мест осуществления медицинской деятельности;

оказываемые медицинские услуги (выполняемые работы);

номер и дата регистрации лицензии на осуществление медицинской деятельности;

17) сведения об обособленных структурных подразделениях медицинской организации, осуществляющих деятельность по реализации территориальной программы субъекта Российской Федерации:

полное наименование обособленного структурного подразделения медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ;

код обособленного структурного подразделения медицинской организации (уникальный номер записи единого реестра медицинских организаций, содержащий сведения об обособленном структурном подразделении медицинской организации (далее - реестровый номер обособленного структурного подразделения медицинской организации);

вид обособленного структурного подразделения медицинской организации в соответствии с номенклатурой медицинских организаций;

адрес обособленного структурного подразделения медицинской организации в пределах места нахождения обособленного структурного подразделения медицинской организации;

уникальный номер адреса обособленного структурного подразделения медицинской организации в пределах места нахождения обособленного структурного подразделения медицинской организации в государственном адресном реестре;

адрес электронной почты, номер телефона обособленного структурного подразделения медицинской организации;

фамилию, имя, отчество (при наличии) руководителя обособленного структурного подразделения медицинской организации;

банковские реквизиты обособленного структурного подразделения медицинской организации (при наличии);

18) сведения об адресах оказания медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации, расположенных по данным адресам обособленных структурных подразделениях медицинской организации и (или) наименованиях структурных подразделений медицинской организации, расположенных по данным адресам (при наличии), уникальные номера адресов оказания медицинской помощи в государственном адресном реестре;

19) мощность коечного фонда медицинской организации и количество врачей, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи, в разрезе профилей и адресов оказания медицинской помощи;

20) дату включения медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, на соответствующий финансовый год;

21) виды, условия и профили медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией в рамках территориальной программы, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии);

22) сведения о договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному

медицинскому страхованию, заключенном с медицинской организацией;

КонсультантПлюс: примечание.
Пп. 23 вступает в силу с 01.01.2022.

23) сведения об объемах оказания медицинской помощи и о ее финансовом обеспечении, распределенных медицинской организации решением Комиссии, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии);

КонсультантПлюс: примечание.
Пп. 24 вступает в силу с 01.01.2022.

24) сведения о способах оплаты медицинской помощи, установленных для медицинской организации в тарифном соглашении субъекта Российской Федерации, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии);

КонсультантПлюс: примечание.
Пп. 25 вступает в силу с 01.01.2022.

25) сведения о тарифах на оплату медицинской помощи, а также элементах структур тарифов на оплату медицинской помощи, установленных для медицинской организации (обособленных структурных подразделений медицинской организации) в тарифном соглашении субъекта Российской Федерации;

КонсультантПлюс: примечание.
Пп. 26 вступает в силу с 01.01.2022.

26) фактические показатели деятельности медицинской организации в рамках реализации территориальной программы субъекта Российской Федерации на соответствующий финансовый год, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии);

27) дату исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного страхования, в соответствующем финансовом году;

28) причину и основание исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного страхования, в соответствующем финансовом году.

104. Единый реестр медицинских организаций содержит следующие сведения о медицинской организации, функции и полномочия учредителя в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, оказывающей медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона, и медицинской организации (индивидуальном предпринимателе, осуществляющем медицинскую деятельность, обособленном структурном подразделении медицинской организации), включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования:

1) реестровый номер медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность);

2) полное и сокращенное (при наличии) наименования медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ;

фамилию, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии со сведениями ЕГРИП;

3) ИНН медицинской организации (индивидуального предпринимателя) в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

4) КПП медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

5) ОГРН медицинской организации;

6) код организационно-правовой формы медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором организационно-правовых форм (ОКОПФ);

7) код формы собственности медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором форм собственности (ОКФС);

8) сведения об учредителе (учредителях) медицинской организации, являющейся государственным (муниципальным) учреждением:

полное и сокращенное (при наличии) наименования учредителя медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ;

ИНН учредителя медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

КПП учредителя медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

наименование публично-правового образования, от имени которого действует учредитель медицинской организации;

код территории публично-правового образования, от имени которого действует учредитель медицинской организации, в соответствии с Общероссийским классификатором территорий муниципальных образований (ОКТМО);

9) вид медицинской организации в соответствии с номенклатурой медицинских организаций;

10) адрес медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации;

адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке (для индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность);

уникальный номер адреса медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации, адреса, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке, в государственном адресном реестре;

код территории субъекта Российской Федерации, в котором расположена медицинская организация, в котором зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке индивидуальный предприниматель, по Общероссийскому

классификатору территорий муниципальных образований (ОКТМО);

11) адрес электронной почты, номер телефона медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность);

12) фамилию, имя, отчество (при наличии) руководителя и иных лиц медицинской организации, имеющих право действовать от имени медицинской организации без доверенности;

13) банковские реквизиты медицинской организации;

14) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности:

наименование лицензирующего органа;

адреса мест осуществления медицинской деятельности;

оказываемые медицинские услуги (выполняемые работы);

номер и дата регистрации лицензии на осуществление медицинской деятельности;

15) сведения об обособленных структурных подразделениях медицинской организации (при наличии):

реестровый номер обособленного структурного подразделения медицинской организации;

полное наименование обособленного структурного подразделения медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ;

КПП обособленного структурного подразделения медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

адрес обособленного структурного подразделения медицинской организации в пределах места нахождения обособленного структурного подразделения медицинской организации, уникальный номер адреса в государственном адресном реестре;

адрес электронной почты, номер телефона обособленного структурного подразделения медицинской организации;

перечень территориальных программ, в реализации которых участвует обособленное структурное подразделение медицинской организации;

наименование субъектов Российской Федерации, в реализации территориальных программ которых участвует обособленное структурное подразделение медицинской организации;

коды территорий субъектов Российской Федерации, в реализации территориальных программ которых участвует обособленное структурное подразделение медицинской организации (индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность) и ее обособленные структурные подразделения, по Общероссийскому классификатору территорий муниципальных образований (ОКТМО);

сведения об участии обособленного структурного подразделения медицинской организации в оказании медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона;

банковские реквизиты обособленного структурного подразделения медицинской организации;

фамилию, имя, отчество (при наличии) руководителя обособленного структурного подразделения медицинской организации;

16) сведения об адресах оказания медицинской помощи медицинской организацией, расположенных по данным адресам обособленных структурных подразделениях медицинской организации и (или) наименованиях структурных подразделений, расположенных по данным адресам (при наличии), уникальные номера адресов оказания медицинской помощи в государственном адресном реестре;

17) мощность коечного фонда медицинской организации и количество врачей, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи, в разрезе профилей и адресов оказания медицинской помощи;

18) наименования субъектов Российской Федерации, в реализации территориальных программ которых участвуют медицинская организация и ее обособленные структурные подразделения;

коды территорий субъектов Российской Федерации, в реализации территориальных программ которых участвуют медицинская организация и ее обособленные структурные подразделения, по Общероссийскому классификатору территорий муниципальных образований (ОКТМО);

сведения о территориальных программах, в реализации которых участвует медицинская организация;

сведения об участии медицинской организации, функции и полномочия учредителей в отношении которой осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в оказании медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона;

19) сведения о номерах записей реестров медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, соответствующих медицинской организации;

даты включения медицинской организации в реестры медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

даты исключения медицинской организации из реестров медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

причины и основания исключения медицинской организации из реестров медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного страхования;

20) сведения о договорах на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы, заключенных с медицинской организацией;

21) сведения о видах, условиях и профилях медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией в рамках реализации территориальных программ, и медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с частью 11 статьи 5 Федерального закона;

КонсультантПлюс: примечание.
Пп. 22 вступает в силу с 01.01.2022.

22) сведения об объемах оказания медицинской помощи и ее финансовом обеспечении, распределенных медицинской организации решениями Комиссий, в том числе в разрезе субъектов

Российской Федерации и обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии);

сведения об объемах оказания медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с частью 11 статьи 5 Федерального закона, распределенных (перераспределенных) медицинской организации в порядке, установленном Правительством Российской Федерации в соответствии с частью 3.2 статьи 35 Федерального закона;

КонсультантПлюс: примечание.
Пп. 23 вступает в силу с 01.01.2022.

23) сведения о способах оплаты медицинской помощи, установленных для медицинской организации в тарифных соглашениях субъектов Российской Федерации, в том числе в разрезе субъектов Российской Федерации и обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии);

КонсультантПлюс: примечание.
Пп. 24 вступает в силу с 01.01.2022.

24) сведения о тарифах на оплату медицинской помощи, а также элементах структуры тарифов на оплату медицинской помощи, установленных (или применяемых) для медицинской организации в тарифных соглашениях субъектов Российской Федерации, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации;

сведения о тарифах на оплату медицинской помощи, а также элементах структуры тарифов на оплату медицинской помощи, установленных (или применяемых) для медицинской организации в базовой программе обязательного медицинского страхования для оплаты медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с частью 11 статьи 5 Федерального закона;

КонсультантПлюс: примечание.
Пп. 25 вступает в силу с 01.01.2022.

25) фактические показатели деятельности медицинской организации по исполнению территориальных программ и (или) базовой программы, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации;

26) дату исключения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с частью 11 статьи 4 Федерального закона, на соответствующий год из единого реестра медицинских организаций, и причину ее исключения.

105. Медицинская организация включается территориальным фондом в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, на основании уведомления о включении в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее - уведомление), подаваемого ею в сроки, устанавливаемые в соответствии со статьей 15 Федерального закона. Уведомление формируется в форме электронного документа в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования и подписывается усиленной квалифицированной подписью лица, уполномоченного действовать от имени медицинской организации.

Уведомление должно содержать следующие сведения:

1) о территориальной программе, на участие в которой медицинская организация подает уведомление;

2) полное и сокращенное (при наличии) наименования медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ;

фамилию, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии со сведениями ЕГРИП;

3) ИНН медицинской организации (индивидуального предпринимателя) в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

4) КПП медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

5) ОГРН медицинской организации;

6) код организационно-правовой формы медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором организационно-правовых форм (ОКОПФ);

7) код формы собственности медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором форм собственности (ОКФС);

8) вид медицинской организации в соответствии с номенклатурой медицинских организаций;

9) адрес медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации;

адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

уникальный номер адреса медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации, адреса, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке, в государственном адресном реестре;

10) адрес электронной почты, номер телефона медицинской организации;

11) фамилию, имя, отчество (при наличии) руководителя и иных лиц медицинской организации, имеющих право действовать от имени медицинской организации без доверенности;

12) банковские реквизиты медицинской организации;

13) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности:

наименование лицензирующего органа;

адреса мест осуществления медицинской деятельности;

оказываемые медицинские услуги (выполняемые работы);

номер и дата регистрации лицензии на осуществление медицинской деятельности;

14) сведения об обособленных структурных подразделениях медицинской организации, предлагаемых к участию в реализации территориальной программы на соответствующий финансовый год:

полное наименование обособленного структурного подразделения медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ;

вид обособленного структурного подразделения медицинской организации в соответствии с номенклатурой медицинских организаций;

адрес обособленного структурного подразделения медицинской организации в пределах места нахождения обособленного структурного подразделения медицинской организации;

уникальный номер адреса обособленного структурного подразделения медицинской организации в пределах места нахождения обособленного структурного подразделения медицинской организации в государственном адресном реестре;

адрес электронной почты, номер телефона обособленного структурного подразделения медицинской организации;

фамилию, имя, отчество (при наличии) руководителя обособленного структурного подразделения медицинской организации;

банковские реквизиты обособленного структурного подразделения медицинской организации (при наличии);

15) сведения об адресах оказания медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации, расположенных по данным адресам обособленных структурных подразделениях медицинской организации и (или) наименованиях структурных подразделений, расположенных по данным адресам (при наличии), уникальные номера адресов оказания медицинской помощи в государственном адресном реестре;

16) мощность коечного фонда медицинской организации и количество врачей, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи, в разрезе профилей и адресов оказания медицинской помощи, в том числе с выделением мощности, заявляемой для реализации территориальной программы;

17) виды и формы медицинской помощи, планируемые к оказанию медицинской организацией в рамках территориальной программы, в разрезе условий оказания и профилей медицинской помощи;

18) предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям оказания медицинской помощи в разрезе профилей, врачей-специалистов, количества вызовов скорой медицинской помощи, клинико-профильных/клинико-статистических групп заболеваний по детскому и взрослому населению, а также планируемых к выполнению объемах диагностических и (или) консультативных услуг на плановый год взрослому и детскому населению согласно номенклатуре медицинских услуг <9>.

<9> Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 ноября 2017 г., регистрационный N 48808) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 апреля 2019 г. N 217н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 июня 2019 г., регистрационный N 55024), от 5 марта 2020 г. N 148н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 апреля 2020 г., регистрационный N 57990) и от 24 сентября 2020 г. N 1010н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 декабря 2020 г., регистрационный N 61562).

В уведомлении справочно приводятся сведения о фактически выполненных медицинской организацией объемах медицинских помощи и ее финансового обеспечения в рамках реализации территориальной программы за периоды, предшествующие плановому периоду, сформированные на основе отчетности, формируемой медицинской организацией и территориальным фондом в соответствии с Федеральным законом, а также информации персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах (при наличии).

Медицинская организация прилагает к уведомлению копии лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности, сведения о которой приведены в уведомлении, документов, подтверждающих соответствие кадрового и материально-технического оснащения медицинской организации требованиям, установленным порядками оказания медицинской помощи, на оказание которой заявляется медицинская организация в соответствии с уведомлением, а также документов, отражающих показатели финансово-хозяйственной деятельности организации за 36 месяцев, предшествующих дате формирования уведомления, в том числе сведения о наличии кредиторской и дебиторской задолженности (за исключением медицинских организаций, не осуществлявших до даты подачи уведомления медицинскую деятельность).

106. В течение трех рабочих дней со дня направления медицинской организацией в территориальный фонд уведомления территориальный фонд осуществляет его проверку на соответствие уведомления правилам его формирования, предусмотренным настоящими Правилами, и срокам подачи уведомления, установленным статьей 15 Федерального закона, и при установлении соответствия формирует запись реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по указанной медицинской организации и направляет медицинской организации в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования протокол о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

При выявлении несоответствия уведомления, направленного медицинской организацией в соответствии с пунктом 105 настоящих Правил, правилам его формирования, предусмотренным настоящими Правилами, и (или) срокам подачи уведомления, установленным статьей 15 Федерального закона, территориальный фонд направляет медицинской организации в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования протокол о несоответствии уведомления правилам и срокам его подачи.

Протокол о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и протокол о несоответствии уведомления правилам и срокам его подачи формируются в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования в форме электронного документа и подписываются усиленной квалифицированной электронной подписью лица, уполномоченного действовать от имени территориального фонда.

При получении протокола о несоответствии уведомления правилам его формирования, указанного в абзаце втором настоящего пункта, медицинская организация вправе внести уточнения в уведомление и повторно представить его в территориальный фонд в рамках сроков, предусмотренных в статье 15 Федерального закона.

107. В случае изменения сведений о медицинской организации, указанных в подпунктах 11, 13, 15 и 16 - 19 пункта 104 настоящих Правил, медицинская организация не позднее двух рабочих дней со дня наступления указанных изменений направляет в территориальный фонд уведомление об изменении сведений о медицинской организации. Уведомление об изменении сведений о медицинской организации формируется в форме электронного документа и подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью лица, уполномоченного действовать от имени медицинской

организации.
(в ред. Приказа Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

Территориальный фонд в течение двух рабочих дней со дня направления медицинской организацией уведомления, указанного в абзаце первом настоящего пункта, осуществляет форматно-логическую проверку сведений, указанных в уведомлении, а также проверку сведений на соответствие правил их формирования правилам, установленным настоящими Правилами для формирования уведомления на включение в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и в случае прохождения проверки вносит изменения в запись реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по соответствующей медицинской организации и направляет медицинской организации в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования протокол об изменении сведений записи реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

При непрохождении уведомлением об изменении сведений о медицинской организации проверки, указанной в абзаце первом настоящего пункта, территориальный фонд направляет медицинской организации в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования протокол об отклонении уведомления об изменении сведений о медицинской организации.

Протокол об изменении сведений записи реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и протокол об отклонении уведомления об изменении сведений о медицинской организации формируются в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования в форме электронного документа и подписываются усиленной квалифицированной электронной подписью лица, уполномоченного действовать от имени территориального фонда.

Медицинская организация в течение двух рабочих дней со дня получения протокола об отклонении уведомления об изменении сведений о медицинской организации обеспечивает внесение изменений в указанное уведомление и направление скорректированной его редакции в территориальный фонд в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования.

108. Сведения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, указанные в подпунктах 4 - 10, 12, 14, 21 - 28 пункта 103 настоящих Правил, изменяются территориальным фондом, в том числе автоматически, на основании соответственно ЕГРЮЛ, ЕГРИП, сведений реестра участников бюджетного процесса и иных лиц, не являющихся участниками бюджетного процесса (в части сведений об учредителе (учредителях) медицинских организаций, являющихся государственными (муниципальными) учреждениями, и банковских реквизитов государственных (муниципальных) учреждений (их обособленных структурных подразделений), документов и отчетности, предусмотренных к формированию, утверждению или представлению в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

109. Медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, за исключением случаев ликвидации медицинской организации, утраты права на осуществление медицинской деятельности, банкротства или иных предусмотренных законодательством Российской Федерации случаев <9.1>.

<9.1> Часть 4 статьи 15 Федерального закона.

Исключение медицинских организаций из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в случаях, указанных в абзаце первом настоящего пункта, осуществляется в течение одного рабочего дня со дня получения территориальным фондом сведений, указанных в абзаце первом настоящего пункта.

Территориальный фонд исключает медицинские организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в течение двух рабочих дней со дня истечения срока реализации территориальной программы.

При исключении медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, территориальный фонд формирует и направляет медицинской организации в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования протокол об исключении медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Протокол об исключении медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, формируется территориальным фондом в форме электронного документа и подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью лица, уполномоченного действовать от имени территориального фонда.

110. Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, до заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию вправе направить в территориальный фонд уведомление об исключении из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Уведомление об исключении из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, формируется медицинской организацией в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования в форме электронного документа и подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью лица, уполномоченного действовать от имени медицинской организации.

Территориальный фонд на следующий рабочий день после дня получения территориальным фондом указанного уведомления исключает медицинскую организацию из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и в течение трех рабочих дней со дня получения уведомления направляет медицинской организации в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования протокол об исключении медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, сформированный в соответствии с пунктом 109 настоящих Правил.

111. Медицинская организация, осуществляющая оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с частью 11 статьи 5 Федерального закона, включается Федеральным фондом в единый реестр медицинских организаций на основании заявки, направляемой указанной медицинской организацией по форме и в порядке, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2020 г. N 1346н "Об утверждении формы и порядка подачи заявки на распределение медицинской организации объемов предоставления медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском

страховании в Российской Федерации" <9.2>.

<9.2> Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 декабря 2020 г., регистрационный N 61812.

112. Федеральный фонд вносит в записи единого реестра медицинских организаций сведения об исключении медицинской организации, осуществляющей оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с частью 11 статьи 5 Федерального закона, из единого реестра медицинских организаций в день расторжения или прекращения действия договора об оказании и оплате медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

113. Сведения записей реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в течение одного рабочего дня со дня формирования (изменения) указанных записей в соответствии с настоящими Правилами включаются в соответствующие им записи единого реестра медицинских организаций.

114. Записи единого реестра медицинских организаций и реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, подлежат постоянному хранению. В случае внесения изменений в записи единого реестра медицинских организаций и реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, ранее составленные записи сохраняются.

115. Территориальный фонд размещает на своем официальном сайте сведения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, предусмотренные подпунктами 1 - 11, 13, 18, 20, 21, 27 и 28 пункта 103 настоящих Правил, в течение одного рабочего дня со дня формирования (внесения изменения) в указанные сведения.

Федеральный фонд обеспечивает размещение на своем официальном сайте сведений единого реестра медицинских организаций, предусмотренных подпунктами 1 - 7, 10, 11, 16, 18, 19, 21 и 26 пункта 104 настоящих Правил, в течение одного рабочего дня со дня формирования указанных сведений в едином реестре медицинских организаций либо внесения в них изменений.

116. Федеральный фонд в соответствии с пунктом 6 части 2 статьи 7 Федерального закона в целях ведения единого реестра медицинских организаций осуществляет проверку ведения территориальным фондом реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе установленного настоящей главой порядка включения медицинских организаций в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (исключения из указанного реестра), в рамках контроля за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием средств обязательного медицинского страхования, в том числе проводит проверки и ревизии <10>.

<10> Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 декабря 2013 г. N 260 "Об утверждении Порядка осуществления Федеральным фондом обязательного медицинского страхования контроля за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием средств обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 февраля 2014 г., регистрационный N 31336).

VIII. Порядок направления территориальным фондом сведений о принятом решении об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве

117. В соответствии с частью 2 статьи 32 Федерального закона сведения о принятом решении об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве направляются не позднее десяти дней со дня принятия решения территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации территориальным фондам.

118. Территориальный фонд в течение трех рабочих дней со дня получения сведений, предусмотренных пунктом 117 настоящих Правил, от территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц идентифицирует застрахованных лиц, указанных в сведениях, и передает в течение пяти рабочих дней с даты получения сведений соответствующим страховым медицинским организациям и (или) другим территориальным фондам следующие сведения о застрахованных лицах, в отношении которых территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации принято решение:

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

2) номер полиса;

3) дату рождения;

4) наименование документа, удостоверяющего личность;

5) серию и номер документа, удостоверяющего личность;

6) наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность;

7) дату выдачи документа, удостоверяющего личность;

8) дату несчастного случая на производстве;

9) дату начала оказания медицинской помощи;

10) диагноз;

11) наименование медицинской организации;

12) ОГРН медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ;

13) адрес медицинской организации;

14) номер телефона медицинской организации с кодом города.

119. Указанные в пункте 118 настоящих Правил сведения передаются в электронном виде с использованием средств криптографической защиты информации и усиленной квалифицированной электронной подписи с соблюдением требований законодательства Российской Федерации по защите персональных данных.

120. При технической невозможности обеспечения усиленной квалифицированной электронной подписи подлинность сведений, представленных в электронном виде, должна подтверждаться реестром

на бумажном носителе, при этом реестр должен содержать дату его составления, подпись, фамилию, имя, отчество (при наличии) исполнителя, заверен подписью директора территориального фонда и скреплен печатью территориального фонда.

IX. Порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

(в ред. Приказа Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

121. В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу по договору на оказание и оплату медицинской помощи, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения (далее - контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи) и в соответствии с порядком, установленным настоящими Правилами, на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.

В соответствии с частью 5 статьи 39.1 Федерального закона оплата медицинской помощи застрахованному лицу осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с частью 3.1 статьи 30 Федерального закона, на основании представленных медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона, реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением уполномоченного федерального органа исполнительной власти, и в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

122. Взаимодействие территориального фонда со страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями и страховых медицинских организаций с медицинскими организациями осуществляется в соответствии с договорами в сфере обязательного медицинского страхования.

123. Страховая медицинская организация в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования представляет в территориальный фонд:

1) ежемесячно, не позднее пятого рабочего дня месяца, заявку на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее - заявка на авансирование);

2) ежемесячно, не позднее пятнадцатого рабочего дня месяца, следующего за отчетным, заявку на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь (далее - заявка на получение средств на оплату счетов) для проведения окончательного расчета с медицинскими организациями.

124. В заявку на авансирование включается объем средств, необходимый для направления в медицинские организации в соответствии с заявками медицинских организаций на авансирование оплаты медицинской помощи.

Заявка на авансирование представляется в территориальный фонд вместе с перечнем заявок медицинских организаций, направленных в страховую медицинскую организацию, с указанием по каждой медицинской организации размера финансового обеспечения медицинской помощи, распределенной медицинской организации решением Комиссии, среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи страховой медицинской организацией в медицинскую организацию за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату

медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (в случае периода действия договора менее трех месяцев), суммы авансирования медицинской организации не обеспеченного счетами на оплату медицинской помощи за предшествующий период и суммы авансирования.

Сумма авансирования, указанная в заявке на авансирование, не может превышать 50 процентов размера финансового обеспечения страховой медицинской организации, рассчитанной в соответствии с пунктом 139 настоящих Правил, на месяц, предшествующий месяцу направления заявки на авансирование.

В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, размер аванса, предоставляемого территориальным фондом страховой медицинской организации на основании заявки на авансирование, может составлять до 100 процентов размера финансового обеспечения страховой медицинской организации, рассчитанной в соответствии с пунктом 139 настоящих Правил, на месяц, предшествующий месяцу направления заявки на авансирование.

В заявку на получение средств на оплату счетов включается объем средств для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц, определенный территориальным фондом с учетом дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования (далее - дифференцированные подушевые нормативы), за исключением средств, направленных в страховую медицинскую организацию в отчетном месяце в порядке авансирования. В случае недостатка указанного объема средств для оплаты медицинской помощи в отчетном месяце заявка на получение средств на оплату счетов увеличивается в пределах остатка целевых средств, возвращенных страховой медицинской организацией в территориальный фонд в предыдущие периоды.

125. Заявка на получение средств на оплату счетов включает в себя следующие сведения:

1) сведения о страховой медицинской организации;

2) сведения о территориальном фонде;

3) период, за который составляется заявка на получение средств на оплату счетов;

4) реквизиты договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

5) численность застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации, определенная как среднее значение между количеством застрахованных лиц на первое число отчетного месяца и первое число текущего месяца (далее - среднемесячная численность);

6) размер финансового обеспечения страховой медицинской организации, утвержденный территориальным фондом по дифференцированным подушевым нормативам;

7) сумму средств, полученных страховой медицинской организацией по заявке на авансирование за отчетный месяц;

8) объем средств, необходимый для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц по счетам на оплату медицинской помощи, полученных от территориального фонда, в том числе с учетом санкций и штрафов, выставленных по результатам проведенного медико-экономического контроля, и с учетом средств авансирования, предоставленного медицинским организациям, а также в том числе объем средств по счетам на оплату медицинской помощи, по которым оплату расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляет территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации;

9) объем средств, излишне направленных в медицинские организации на оплату расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, по которым оплату расходов на медицинскую помощь осуществляет территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации, в предшествующих периодах;

10) объем средств, поступивших в отчетном месяце от юридических и физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в пределах суммы, затраченной на оплату медицинской помощи;

11) объем средств, необходимый для перечисления в медицинские организации, объем средств, по которым подлежит списанию задолженность медицинских организаций, по решениям, принятым в соответствии с законодательством Российской Федерации;

12) сумма по применяемым к медицинским организациям мерам по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, в том числе с учетом сумм, не учтенных при оплате медицинской помощи медицинским организациям, нарастающим итогом с начала финансового года; сумма по применяемым к медицинским организациям мерам по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, превышающая сумму по представленным медицинскими организациями счетам на оплату медицинской помощи с учетом средств авансирования, предоставленного медицинским организациям, в том числе нарастающим итогом с начала финансового года;

13) сумма выставленных к медицинским организациям требований по возврату средств обязательного медицинского страхования, по которым не получен возврат средств, за отчетный период и нарастающим итогом с начала финансового года (не учтенных в подпунктах 8 и 11 настоящего пункта);

14) сумма полученных от медицинских организаций возвратов средств обязательного медицинского страхования за отчетный период;

15) сумма средств авансирования, направленная в медицинские организации, на которую данными организациями не представлены счета на оплату медицинской помощи по отчетному месяцу и нарастающим итогом с начала финансового года, в том числе сумма авансирования, которая будет возвращена страховой медицинской организацией в территориальный фонд в последующих периодах, и сумма авансирования, которая будет учитываться при оплате счетов за оказанную медицинскую помощь в последующих периодах;

16) размер средств для оплаты медицинской помощи в пределах остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды, а также подлежащих возврату в территориальный фонд в соответствии с пунктом 130 настоящих Правил (заполняется в случае недостатка средств, поступивших по дифференцированным подушевым нормативам);

17) дата составления заявки на получение средств на оплату счетов.

К заявке на получение средств на оплату счетов страховой медицинской организацией прилагается реестр, содержащий сведения, указанные в абзацах втором - пятом, восьмом - пятнадцатом настоящего пункта в разрезе медицинских организаций.

126. Заявка на авансирование, заявка на получение средств на оплату счетов и прилагаемый к ней реестр подписываются руководителем и главным бухгалтером страховой медицинской организации (или иным должностным лицом, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета) и при формировании заявки на авансирование, заявки на получение средств на оплату счетов и прилагаемого

к ней реестра в форме документа на бумажном носителе - заверяются печатью страховой медицинской организации (при наличии).

127. Территориальный фонд в течение пяти рабочих дней со дня получения счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи от медицинских организаций обеспечивает направление не отклоненных территориальным фондом по результатам медико-экономического контроля счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по территориальной программе, а также сведения о результатах указанного медико-экономического контроля в страховые медицинские организации согласно страховой принадлежности застрахованных лиц.

128. Территориальный фонд осуществляет перечисление целевых средств в страховую медицинскую организацию (за исключением средств, направленных из нормированного страхового запаса территориального фонда) в течение трех рабочих дней:

1) со дня получения заявки на авансирование, в размере, указанном в заявке на авансирование, но не более 50 процентов от размера финансового обеспечения страховой медицинской организации, рассчитанного в соответствии с пунктом 139 настоящих Правил, на месяц, предшествующий месяцу направления заявки на авансирование;

2) со дня получения заявки на получение средств на оплату счетов с учетом ранее направленных средств на авансирование, но не более суммы целевых средств, рассчитанной исходя из количества застрахованных лиц и дифференцированных подушевых нормативов (с учетом остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды).

129. Остаток целевых средств, полученных по заявкам, страховая медицинская организация возвращает в территориальный фонд в течение трех рабочих дней после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц.

130. В случае превышения в отчетном месяце суммы аванса, направленного страховой медицинской организацией в медицинскую организацию, над размером счетов на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, указанные средства подлежат возврату в территориальный фонд в последующие месяцы текущего года при возврате медицинской организацией средств в страховую медицинскую организацию, или на сумму указанного превышения страховой медицинской организацией уменьшается сумма аванса, представляемого страховой медицинской организацией в следующем периоде, и указанные средства учитываются страховой медицинской организацией при оплате медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в следующем периоде.

131. Остаток целевых средств, возвращенный в территориальный фонд, может быть заявлен страховой медицинской организацией для оплаты медицинской помощи в последующие периоды в случае превышения для данной страховой медицинской организации в отчетном месяце фактического объема средств на оплату медицинской помощи над объемом средств для оплаты медицинской помощи, определенным с учетом дифференцированных подушевых нормативов. Средства, предназначенные на расходы на ведение дела, с указанных средств страховой медицинской организации не направляются. На указанные цели страховой медицинской организацией может быть также заявлена сумма средств, подлежащая возврату страховой медицинской организацией в территориальный фонд в соответствии с пунктом 130 настоящих Правил.

132. При превышении объема средств, необходимых для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц по представленным счетам на оплату медицинской помощи над размером финансового обеспечения, утвержденным территориальным фондом для страховой медицинской организации по подушевым нормативам, с учетом остатка целевых средств, возвращенных или подлежащих возврату страховой медицинской организацией в территориальный фонд в (за) предшествующие периоды,

страховая медицинская организация вправе обратиться в территориальный фонд за предоставлением средств для оплаты медицинской помощи из нормированного страхового запаса территориального фонда.

Страховая медицинская организация обращается в территориальный фонд за предоставлением целевых средств, недостающих для оплаты медицинской помощи, из нормированного страхового запаса территориального фонда не позднее пяти рабочих дней с даты получения от территориального фонда счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи.

Одновременно с обращением страховая медицинская организация представляет в территориальный фонд отчет об использовании целевых средств, который составляется помесячно за весь период с начала отчетного года по каждой медицинской организации и должен содержать сведения о:

1) задолженности страховой медицинской организации перед медицинской организацией на начало отчетного месяца по оплате выставленных счетов на оплату медицинской помощи;

2) задолженности медицинской организации перед страховой медицинской организацией на начало отчетного месяца по возврату средств вследствие принятия мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона и по средствам авансирования оказания медицинской помощи, не обеспеченным выставленными счетами на оплату медицинской помощи с учетом контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

3) сумме счетов на оплату медицинской помощи, предъявленных медицинской организацией по лицам, застрахованным в страховой медицинской организации, и принятых к оплате по итогам медико-экономического контроля в отчетном месяце;

4) подлежащем учету по итогам отчетного месяца размере неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

5) размере средств, направленных в медицинскую организацию по отчетному месяцу на авансирование оплаты медицинской помощи за отчетный месяц и по выставленным счетам на оплату медицинской помощи в отчетном месяце;

6) возвращенном медицинской организацией в страховую медицинскую организацию размере средств в связи с принятием мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона и в связи с превышением суммы авансирования оказания медицинской помощи над суммой счетов на оплату медицинской помощи с учетом контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

7) задолженности медицинской организации в соответствии с решениями, принятыми в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе размере списанной задолженности;

8) задолженности страховой медицинской организации перед медицинской организацией на конец отчетного месяца по оплате выставленных счетов на оплату медицинской помощи;

9) задолженности медицинской организации перед страховой медицинской организацией на конец отчетного месяца по возврату средств вследствие принятия мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона и по средствам авансирования оказания медицинской помощи, не обеспеченным выставленными счетами на оплату медицинской помощи с учетом контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

133. Решение о предоставлении средств из нормированного страхового запаса территориального фонда принимается территориальным фондом после:

1) рассмотрения отчета страховой медицинской организации об использовании целевых средств;

2) проведения проверки в целях установления причин недостатка целевых средств у страховой медицинской организации, включающей:

подтверждение достоверности отчета страховой медицинской организации об использовании целевых средств;

подтверждение повышения заболеваемости по конкретным нозологиям в медицинской организации по результатам медико-экономических экспертиз и (или) экспертиз качества медицинской помощи, и (или) увеличения тарифов на оплату медицинской помощи;

анализ наличия повышения заболеваемости по конкретным нозологиям в целом по субъекту Российской Федерации на основе счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи и информации Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека об осложнении эпидемической ситуации в субъекте Российской Федерации.

В соответствии с частью 8 статьи 38 Федерального закона срок проведения проверки не может превышать десяти рабочих дней со дня обращения страховой медицинской организации за предоставлением ей указанных средств. Предоставление указанных средств осуществляется не позднее пяти рабочих дней со дня окончания проверки.

134. Основаниями для отказа в предоставлении страховой медицинской организации средств из нормированного страхового запаса территориального фонда сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной страховой медицинской организации согласно части 9 статьи 38 Федерального закона являются:

1) наличие у страховой медицинской организации остатка целевых средств;

2) необоснованность объема дополнительно запрашиваемых средств, выявленная территориальным фондом по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи и проведения экспертизы качества медицинской помощи;

3) отсутствие средств в нормированном страховом запасе территориального фонда.

Территориальный фонд ведет учет расходования целевых средств на оплату медицинской помощи каждой страховой медицинской организацией.

135. Средства, предназначенные на расходы на ведение дела, представляются страховой медицинской организации в пределах установленного норматива в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

136. Территориальный фонд в соответствии с пунктом 6 части 7 статьи 34 Федерального закона утверждает для страховых медицинских организаций дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящими Правилами.

137. Расчет размеров финансового обеспечения страховых медицинских организаций по дифференцированным подушевым нормативам осуществляется территориальным фондом ежемесячно и утверждается руководителем территориального фонда или иным лицом территориального фонда,

имеющим право действовать от имени территориального фонда.

138. Ежемесячно, в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным месяцем, территориальный фонд, исходя из среднемесячной численности застрахованных в страховой медицинской организации лиц с учетом их половозрастного состава и утвержденных дифференцированных подушевых нормативов, определяет и доводит до страховых медицинских организаций размеры финансового обеспечения за отчетный месяц.

139. Размер финансового обеспечения страховой медицинской организации (ФФ) рассчитывается по формуле:

где:

$Д_i$ - дифференцированный подушевой норматив для i-той половозрастной группы застрахованных лиц;

$Ч_i$ - среднемесячная численность застрахованных лиц i-той половозрастной группы в страховой медицинской организации;

КП - поправочный коэффициент, обеспечивающий приведение объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансовое обеспечение страховых медицинских организаций в расчетном месяце, и рассчитывающийся по формуле:

где:

С - среднедушевой норматив финансирования страховых медицинских организаций;

Ч - среднемесячная численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации;

k - количество страховых медицинских организаций.

140. Страховая медицинская организация, получившая от территориального фонда сведения о застрахованном лице, в отношении которого территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации принято решение об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, информирует его о принятых мерах по исключению из оплаты за счет средств обязательного медицинского страхования случая оказания указанной медицинской помощи не позднее трех рабочих дней со дня принятия соответствующих мер.

141. Территориальный фонд и страховая медицинская организация ежемесячно проводят сверку расчетов, по результатам которой составляют акт сверки расчетов (далее - Акт), который должен содержать сведения о/об:

1) территориальном фонде;

2) страховой медицинской организации (филиале/представительстве страховой медицинской организации);

3) дате, по состоянию на которую производится сверка расчетов;

4) остатке средств в страховой медицинской организации на начало отчетного периода, в том числе о:

целевых средствах;

средствах, подлежащих направлению в территориальный фонд в соответствии с пунктом 2 части 6.3 статьи 26 Федерального закона;

собственных средствах;

средствах, поступивших от юридических и физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в пределах суммы, затраченной на оплату медицинской помощи;

средствах от возврата медицинскими организациями авансов, не обеспеченных выставленными счетами на оплату медицинской помощи;

5) задолженности территориального фонда перед страховой медицинской организацией на начало отчетного месяца, в том числе по:

финансированию по дифференцированным подушевым нормативам;

средствам нормированного страхового запаса;

средствам на ведение дела;

6) задолженности страховой медицинской организации перед территориальным фондом на начало отчетного месяца по:

целевым средствам, подлежащим возврату в территориальный фонд в соответствии с пунктом 131 настоящих Правил;

средствам от применения страховыми медицинскими организациями к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

средствам авансирования медицинских организаций, не обеспеченных выставленными счетами на оплату медицинской помощи, по которым не осуществлен возврат территориальный фонд;

штрафам и пеням за нарушение договорных обязательств по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

возмещению средств обязательного медицинского страхования, использованных страховой медицинской организацией не по целевому назначению;

7) объеме средств, подлежащих перечислению в страховую медицинскую организацию в отчетном месяце всего, в том числе:

по дифференцированным подушевым нормативам, в том числе по заявке на авансирование и заявке на получение средств на оплату счетов;

из средств нормированного страхового запаса;

за счет остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды;

на ведение дела;

8) объеме поступивших в страховую медицинскую организацию средств от территориального фонда всего, в том числе:

по дифференцированным подушевым нормативам, в том числе по заявке на авансирование и заявке на получение средств на оплату счетов;

за счет остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды;

из средств нормированного страхового запаса;

на ведение дела;

9) средствах, поступивших в страховую медицинскую организацию от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц;

10) средствах, поступивших в страховую медицинскую организацию от медицинских организаций, в том числе:

средств от возврата авансов, не обеспеченных выставленными счетами на оплату медицинской помощи;

оплаты медицинскими организациями санкций в связи с принятием к ним мер по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи:

медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

штрафов и пеней в связи с нарушением медицинскими организациями условий договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

11) общей сумме средств, принятой к оплате по счетам на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь в отчетном месяце, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, из нее сумма средств, по которой оплата расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации;

12) средствах, начисленных от применения к медицинским организациям санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, всего, в том числе:

по результатам медико-экономического контроля;

по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;

штрафы за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

13) средствах, полученных от применения к медицинским организациям санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, всего, в том числе о/об:

удержанных по результатам медико-экономического контроля;

удержанных по результатам медико-экономической экспертизы;

удержанных по результатам экспертизы качества медицинской помощи;

перечисленных штрафах за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

14) средствах, подлежащих перечислению в территориальный фонд в соответствии с пунктом 2 части 6.3 статьи 26 Федерального закона;

15) средствах, перечисленных в территориальный фонд в соответствии с пунктом 2 части 6.3 статьи 26 Федерального закона;

16) средствах, направленных на оплату медицинской помощи в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, всего, в том числе:

средствах авансирования, перечисленных медицинским организациям по заявкам на авансирование;

средствах на оплату медицинской помощи по счетам на оплату медицинской помощи;

штрафам и пеням в связи с нарушением обязательств по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

17) сумме задолженности медицинских организаций, подлежащей списанию в соответствии с решениями, принятыми в соответствии с законодательством Российской Федерации;

18) сумме задолженности медицинских организаций, списанной в соответствии с решениями, принятыми в соответствии с законодательством Российской Федерации;

19) штрафах и пенях, начисленных страховой медицинской организации за нарушение договорных обязательств по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

20) средствах, подлежащих возмещению страховой медицинской организацией в связи с использованием средств обязательного медицинского страхования не по целевому назначению;

21) собственных средствах, сформированных страховой медицинской организацией, в том числе средствах:

предназначенных на расходы на ведение дела страховой медицинской организации;

сформированных по результатам проведения медико-экономической экспертизы;

сформированных по результатам проведения экспертизы качества медицинской помощи;

сформированных по результатам уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, сверх сумм, затраченных на оплату медицинской помощи;

22) средствах, перечисленных страховой медицинской организацией в территориальный фонд в

отчетном месяце всего, в том числе:

остатке целевых средств по заявке на получение средств на оплату счетов, возвращенном в территориальный фонд;

штрафах и пенях за нарушение договорных обязательств по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

средствах, подлежащих возмещению страховой медицинской организацией в связи с использованием средств обязательного медицинского страхования не по целевому назначению;

средствах, перечисленных в территориальный фонд в соответствии с пунктом 2 части 6.3 статьи 26 Федерального закона;

23) задолженности территориального фонда перед страховой медицинской организацией на конец отчетного месяца всего, в том числе по:

дифференцированным подушевым нормативам;

средствам нормированного страхового запаса;

средствам на ведение дела;

24) задолженности страховой медицинской организации перед территориальным фондом на конец отчетного месяца по:

целевым средствам, подлежащим возврату в территориальный фонд в соответствии с пунктом 131 настоящих Правил;

средствам от применения страховыми медицинскими организациями к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

средствам авансирования медицинских организаций, не обеспеченных выставленными счетами на оплату медицинской помощи, по которым не осуществлен возврат в территориальный фонд;

штрафам и пеням за нарушение договорных обязательств по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

возмещению средств обязательного медицинского страхования, использованных страховой медицинской организацией не по целевому назначению;

25) остатке средств в страховой медицинской организации на конец отчетного периода, в том числе о:

целевых средствах;

средствах, подлежащих направлению в территориальный фонд в соответствии с пунктом 2 части 6.3 статьи 26 Федерального закона;

собственных средствах;

средствах, поступивших от юридических и физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в пределах суммы, затраченной на оплату медицинской помощи;

средствах от возврата медицинскими организациями авансов, не обеспеченных выставленными счетами на оплату медицинской помощи.

Акт подписывается руководителем и главным бухгалтером территориального фонда (или иным должностным лицом, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета), руководителем и главным бухгалтером страховой медицинской организации (или иным должностным лицом, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета) и при формировании акта в форме документа на бумажном носителе - заверяется печатями территориального фонда и страховой медицинской организации (при наличии).

142. Страховая медицинская организация направляет средства на авансирование и оплату медицинской помощи в медицинские организации в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключаемыми в соответствии со статьей 39 Федерального закона в течение трех рабочих дней со дня получения целевых средств от территориального фонда, направляемых им соответственно согласно подпунктам 1 и 2 пункта 128 настоящих Правил.

143. Оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежит объем предоставления медицинской помощи, установленный в договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи, определенным в тарифном соглашении, заключенном в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона.

При оплате медицинской помощи на основе подушевого норматива финансирования оплата медицинской помощи осуществляется на основании счета на оплату медицинской помощи, сформированного исходя из количества прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц (застрахованных лиц на территории обслуживания скорой медицинской помощи) и подушевого норматива финансирования медицинской организации.

При оплате медицинской помощи на основе подушевого норматива финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации и подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (далее - подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям оказания медицинской помощи) оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании счета на оплату медицинской помощи, сформированного исходя из количества обслуживаемых медицинской организацией застрахованных лиц и подушевого норматива финансирования медицинской организации, с учетом достижения установленных тарифным соглашением, заключенным в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона, показателей результативности.

При этом медицинской организацией, оплата медицинской помощи которой осуществляется на основе подушевого норматива финансирования или подушевого норматива финансирования с учетом показателей результативности деятельности, в том числе подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, представляется персонифицированный реестр счета, содержащий сведения об оказанной медицинской помощи (медицинских услугах, посещениях, обращениях, вызовах, законченных случаях лечения заболевания, в том числе на основе КПГ/КСГ) застрахованным лицам, обслуживаемым медицинской организацией.

При оплате медицинской помощи за законченный случай, медицинскую услугу, вызов оплата медицинской помощи осуществляется на основании счета и реестра счета на оплату медицинской помощи, сформированного на каждый случай, медицинскую услугу, вызов и тарифа на оплату указанной медицинской помощи.

144. Медицинская организация в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формирует и направляет:

1) в страховую медицинскую организацию ежемесячно, не позднее второго рабочего дня месяца, заявку на авансирование медицинской помощи;

2) в территориальный фонд ежемесячно, не позднее пятого рабочего дня месяца, следующего за отчетным месяцем, счет на оплату медицинской помощи и реестр счета.

145. Заявка на авансирование медицинской помощи должна содержать следующие сведения:

1) наименование медицинской организации;

2) наименование страховой медицинской организации;

3) период авансирования;

4) размер финансового обеспечения медицинской помощи, распределенной медицинской организации решением Комиссии;

5) среднемесячный объем средств, направляемый на оплату медицинской помощи страховой медицинской организацией в медицинскую организацию за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (в случае периода действия договора менее трех месяцев);

6) сумма авансирования, перечисленная страховой медицинской организацией в медицинскую организацию в прошлых периодах, не обеспеченная выставленными медицинской организацией счетами на оплату медицинской помощи;

7) сумма авансирования.

Сумма авансирования, указанная медицинской организацией в заявке на авансирование, не может составлять более 50 процентов в период с января по ноябрь, а в декабре - более 95 процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи страховой медицинской организацией в медицинскую организацию за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (в случае периода действия договора менее трех месяцев).

В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, сумма авансирования, указанная медицинской организацией в заявке на авансирование, может составлять до 100 процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи страховой медицинской организацией в медицинскую организацию за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (в случае периода действия договора менее трех месяцев).

146. Счет на оплату медицинской помощи должен содержать следующие сведения:

1) номер и дату счета на оплату медицинской помощи;

2) наименование медицинской организации;

3) идентификационный номер налогоплательщика медицинской организации и код постановки на учет в налоговом органе в соответствии с ЕГРЮЛ;

4) период, за который выставлен счет на оплату медицинской помощи;

5) сведения о виде медицинской помощи и способе оплаты медицинской помощи;

6) сведения о среднесписочной численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных в страховой медицинской организации лиц (численности застрахованных в страховой медицинской организации лиц, проживающих на территории обслуживания медицинской организации) (в случае оплаты медицинской помощи по подушевым нормативам финансирования);

7) стоимость оказанной медицинской помощи.

147. Реестр счета должен содержать следующие сведения:

1) наименование медицинской организации;

2) идентификационный номер налогоплательщика медицинской организации и код постановки на учет в налоговом органе в соответствии с ЕГРЮЛ;

3) период, за который выставлен счет на оплату медицинской помощи;

4) номер и дату счета на оплату медицинской помощи, к которому сформирован реестр счета;

5) сведения о застрахованном лице:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату и место рождения;

данные документа, удостоверяющего личность;

номер полиса;

6) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, включая:

вид оказанной медицинской помощи (код);

основной диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее - МКБ-10);

сопутствующий диагноз в соответствии с МКБ-10 (при наличии);

осложнение заболевания в соответствии с МКБ-10 (при наличии);

дату начала и дату окончания оказания медицинской помощи;

объемы оказанной медицинской помощи;

профиль оказанной медицинской помощи (код);

тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу (код и наименование примененного тарифа в соответствии с тарифным соглашением, в том числе о наименовании и номере клинико-статистической группы (при наличии);

стоимость оказанной медицинской помощи;

результат обращения за медицинской помощью (код);

виды диагностических и (или) консультативных услуг, в случае их установления Комиссией;

виды/коды диагностических и (или) консультативных услуг в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, в случае их установления Комиссией.

148. Заявка на авансирование медицинской помощи, счет и реестр счета на оплату медицинской помощи подписываются руководителем и главным бухгалтером медицинской организации (или иным должностным лицом, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета), и при формировании заявки на авансирование медицинской помощи, счета и реестра счета на оплату медицинской помощи на бумажном носителе - заверяются печатью медицинской организации.

149. В отношении лиц, не идентифицированных в период оказания медицинской помощи, медицинской организацией в территориальный фонд субъекта Российской Федерации, в реализации территориальной программы которого она участвует, представляется запрос об идентификации застрахованного лица, содержащее предполагаемые сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, место пребывания, сведения о документе, удостоверяющем личность).

150. В случае подачи медицинской организацией запроса об идентификации застрахованного лица территориальный фонд в течение трех рабочих дней со дня получения запроса осуществляет проверку на наличие у застрахованного лица действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц. Результаты проверки территориальный фонд в течение одного рабочего дня после окончания проверки представляет в медицинскую организацию.

После идентификации застрахованного лица сведения об оказанной медицинской помощи включаются в счет на оплату медицинской помощи.

151. С учетом представленных медицинской организации счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи территориальный фонд осуществляет проведение медико-экономического контроля, по итогам которого не позднее 10 рабочего дня месяца, следующего за отчетным месяцем:

направляет счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным в страховой медицинской организации лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также заключения по результатам медико-экономического контроля в страховую медицинскую организацию для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с порядком, установленным в соответствии с частью 1 статьи 40 Федерального закона (далее - порядок организации и проведения контроля), и оплаты оказанной медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

осуществляет оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, с учетом результатов контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

152. В соответствии со статьей 40 Федерального закона по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

153. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-

экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля.

154. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$Н = РТ \times К_{но},$$

где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

РТ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

$К_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

Значения коэффициента для определения размера неполной оплаты медицинской помощи приведены в приложении N 5 к настоящим Правилам.

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены, страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

155. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($С_{шт}$), рассчитывается по формуле:

$$С_{шт} = РП \times К_{шт},$$

где:

$С_{шт}$ - размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП - установленный тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, или подушевой норматив финансирования;

$К_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за

неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведены в приложении N 5 к настоящим Правилам.

156. При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного территориальным фондом медико-экономического контроля медицинская организация вправе доработать и представить в территориальный фонд отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее семи рабочих дней с даты получения соответствующего заключения по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи, за исключением случая, указанного в абзаце втором настоящего пункта.

В случае принятия Комиссией решения об увеличении медицинской организации объемов предоставления медицинской помощи и (или) ее финансового обеспечения отклоненные ранее от оплаты счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи повторно представляются медицинской организацией в территориальный фонд в течение двадцати пяти рабочих дней со дня принятия решения Комиссии.

157. При превышении в отчетном месяце объема средств, направленных в медицинскую организацию в соответствии с заявкой на авансирование медицинской помощи, над суммой выставленных медицинской организацией счетов на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в последующие месяцы размер заявки на авансирование медицинской помощи уменьшается на сумму средств указанного превышения.

В случае превышения объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных медицинской организации решением Комиссии, медицинская организация обязана обратиться в Комиссию с предложением о перераспределении объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи.

158. В соответствии с частью 2 статьи 41 Федерального закона взаимные обязательства медицинских организаций и страховых медицинских организаций, следствием которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, предусматриваются договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и штрафов, исчисленных и установленных в соответствии с частью 2 статьи 41 Федерального закона, устанавливаются в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона, в соответствии с пунктами 154 и 155 настоящих Правил.

159. В случае превышения объема санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, над объемом средств, подлежащим направлению в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи, с учетом ранее перечисленного аванса, медицинская организация возвращает в страховую медицинскую организацию средства в объеме указанного превышения. При этом счет на оплату медицинской помощи не оплачивается.

При принятии медицинской организацией решения об обжаловании заключений страховой

медицинской организации по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, предусмотренного статьей 42 Федерального закона, средства возвращаются в сроки, предусмотренные процедурой обжалования заключения.

В последующие отчетные периоды на сумму средств указанного превышения уменьшаются либо заявки на авансирование медицинской помощи, либо сумма, подлежащая перечислению в медицинскую организацию на основании счета на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Средства, возвращенные медицинскими организациями в территориальный фонд на основании актов повторной медико-экономической экспертизы или повторной экспертизы качества медицинской помощи, проведенных территориальным фондом, не увеличивают стоимость территориальной программы.

160. В соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона за использование не по назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает в бюджет территориального фонда штраф в размере 10 процентов от суммы использованных не по назначению средств и пени в размере одной трехсотой ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления требования территориальным фондом, от суммы использованных не по назначению средств за каждый день просрочки исполнения требований территориального фонда. Средства, использованные не по назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение десяти рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

161. Страховая медицинская организация, получившая от территориального фонда сведения о застрахованном лице, в отношении которого территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации принято решение об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, принимает меры по исключению оплаты данного случая оказания медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, а при его оплате до получения соответствующих сведений от территориального фонда - о неполной оплате расходов медицинской организации при последующих расчетах с медицинской организацией в рамках проведения медико-экономического контроля в соответствии с порядком организации и проведения контроля.

162. Медицинская организация и страховая медицинская организация в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию ежемесячно проводят сверку расчетов и составляют акт, который должен содержать сведения:

1) сумму задолженности страховой медицинской организации на начало отчетного месяца по:

оплате выставленных счетов на оплату медицинской помощи;

оплате пени за просрочку перечисления средств за оказанную медицинскую помощь;

2) сумму задолженности медицинской организации на начало отчетного месяца по:

оплате штрафов и возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, в том числе по результатам:

медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

средствам авансирования медицинской помощи, не обеспеченным выставленными счетами на оплату медицинской помощи с учетом контроля качества ее оказания;

по оплате пени за просрочку оплаты штрафов и возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона;

3) общую сумму средств на оплату медицинской помощи по предъявленным счетам за отчетный месяц;

4) сумму средств по заявке на авансирование медицинской помощи, предъявленной медицинской организации;

5) сумму средств, сформированных за нарушения, выявленные по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, всего, в том числе по результатам:

медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

6) сумму штрафов, начисленных за нарушения, выявленные по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, всего, в том числе по результатам:

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

7) сумму средств, удержанных страховой медицинской организацией:

по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе:

по результатам медико-экономического контроля;

по результатам медико-экономической экспертизы;

по результатам экспертизы качества медицинской помощи;

по средствам на авансирование оказание медицинской помощи в прошлые периоды, не обеспеченным выставленными счетами на оплату медицинской помощи с учетом контроля качества ее оказания;

8) сумму средств, перечисленных медицинской организацией в страховую медицинскую организацию за отчетный месяц:

в связи с принятием к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, в том числе по результатам:

медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

оплаты штрафов по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе по результатам:

медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

в связи с превышением сумм авансирования над выставленными счетами на оплату медицинской помощи с учетом контроля качества ее оказания;

9) сумму средств, удержанных по результатам принятия территориальными органами Фонда социального страхования решения об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве;

10) сумму средств, перечисленных страховой медицинской организации в медицинскую организации в отчетном месяце:

по заявке на авансирование;

по счетам на оплату медицинской помощи;

11) сумму начисленных пеней страховой медицинской организации за несвоевременное перечисление средств на:

авансирование оказание медицинской помощи;

оплату медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

12) сумму начисленных медицинской организации пеней за несвоевременный возврат средств по результатам принятия мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона;

13) сумму списанной задолженности медицинской организации в соответствии с решениями, принятыми в соответствии с законодательством Российской Федерации;

14) сумму перечисленных страховой медицинской организацией пеней за несвоевременное перечисление средств на оплату медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

15) сумму перечисленных медицинской организацией пеней за несвоевременный возврат средств по результатам принятия мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона;

16) сумму задолженности страховой медицинской организации на конец отчетного периода по оплате:

выставленных счетов на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

пени за просрочку перечисления средств за оказанную медицинскую помощь;

17) сумму задолженности медицинской организации на конец отчетного месяца по:

оплате штрафов и возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в

соответствии со статьей 41 Федерального закона, в том числе по результатам:

медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

средствам авансирования медицинской помощи, не обеспеченным выставленными счетами на оплату медицинской помощи с учетом контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

оплате пеней за просрочку оплаты штрафов и возврата средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона.

Акт подписывается руководителем и главным бухгалтером страховой медицинской организации (или иным должностным лицом, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета), руководителем и главным бухгалтером медицинской организации (или иным должностным лицом, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета) и при формировании акта в форме документа на бумажном носителе - заверяется печатями страховой медицинской организации и медицинской организации (при наличии).

163. Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации по месту нахождения медицинской организации, и оказывающих медицинскую помощь в рамках участия в реализации территориальной программы другого субъекта Российской Федерации (далее - второй субъект Российской Федерации), при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, полис обязательного медицинского страхования которым выдан во втором субъекте Российской Федерации, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленные в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии со статьей 30 Федерального закона, другого субъекта Российской Федерации для данной медицинской организации.

X. Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования

(в ред. Приказа Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

164. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором им выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой, не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты представления медицинской организацией счета и реестра на оплату указанной медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Территориальный фонд субъекта Российской Федерации, в котором застрахованному лицу выдан полис обязательного медицинского страхования (далее - территориальный фонд по месту страхования), осуществляет возмещение средств территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения счета, предъявленного территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи (далее - счет по межтерриториальным расчетам), в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, установленными для медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Территориальный фонд субъекта Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи принимает меры по исключению оплаты за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором им выданы полисы обязательного страхования (далее - за пределами территории страхования), непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве.

165. Территориальные фонды осуществляют расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории страхования, в объеме, установленном базовой программой (далее - межтерриториальные расчеты), за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда.

166. При осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории страхования, информационный обмен осуществляется в электронном виде в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, определяемыми Федеральным фондом в соответствии с пунктом 8 части 8 статьи 33 Федерального закона (далее - порядок информационного взаимодействия).

167. При отсутствии технической возможности осуществления информационного обмена, указанного в пункте 11 настоящих Правил, в электронном виде, подтвержденной Федеральным фондом, обмен осуществляется в форме документа на бумажном носителе, с внесением в государственную информационную систему обязательного медицинского страхования сведений, направленных в форме документа на бумажном носителе не позднее трех рабочих дней со дня размещения Федеральным фондом на официальном сайте Федерального фонда информации об обеспечении технической возможности осуществления обмена в электронном виде.

168. Медицинская организация формирует в соответствии с пунктами 146 и 147 настоящих Правил и направляет счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории страхования, в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи не позднее пяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения оказания медицинской помощи.

169. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи в течение 10 рабочих дней со дня представления медицинской организацией счета и реестра счета на оплату медицинской помощи проводит медико-экономический контроль предъявленного медицинской организацией счета и реестра счета и при отсутствии дефектов и нарушений, предусмотренных порядком организации и проведения контроля (далее - причины), требующих отклонения счета и реестра счета на оплату медицинской помощи, осуществляет включение счета и реестра счета на оплату медицинской помощи в счет по межтерриториальным расчетам, формируемый в соответствии с пунктом 174 настоящих Правил, и направление его с приложением счета и реестра счета на оплату медицинской помощи в территориальный фонд по месту страхования.

В случае обнаружения после проведения медико-экономического контроля причин, требующих дополнительного рассмотрения реестра счета на оплату медицинской помощи посредством проведения медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, ее (их) проведение осуществляется в соответствии с порядком организации и проведения контроля.

В уведомлении об организации проведения совместной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи указываются предложения по кандидатуре специалиста-эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи.

170. Территориальный фонд по месту страхования не позднее пяти рабочих дней со дня получения от территориального фонда по месту оказания медицинской помощи счета по межтерриториальным

расчетам и прилагаемых к нему счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи осуществляет возмещение затрат территориального фонда на оплату медицинской помощи в соответствии с суммой, указанной в счете по межтерриториальным расчетам.

171. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с пунктом 10 статьи 40 Федерального закона применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи осуществляет направление сведений о результатах проведения медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи медицинской организации и в территориальный фонд по месту страхования.

Возврат средств территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи в территориальный фонд по месту страхования осуществляется путем уменьшения сумм, выставленных в счете по межтерриториальным расчетам, или путем перечисления указанных средств в территориальный фонд по месту страхования. Возврат средств оформляется территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи уведомлением о возврате средств, которое прилагается к счету по межтерриториальным расчетам.

172. В случае, если судебным решением, принятым по итогам обжалования медицинской организацией результатов контроля качества, объемов, сроков и условий предоставления медицинской помощи, предусмотрен возврат медицинской организацией средств, ранее взысканных с нее в связи с принятием мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, территориальный фонд по месту страхования осуществляет возмещение территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи указанных средств после получения от территориального фонда по месту оказания медицинской помощи уведомления о восстановлении средств, взысканных вследствие принятия мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона. Возмещение средств территориальным фондом по месту страхования в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи может также осуществляться путем увеличения сумм, выставленных территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи в счете по межтерриториальным расчетам.

173. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи медицинской организацией в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля.

При принятии медицинской организацией решения об обжаловании заключений по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, предусмотренного статьей 42 Федерального закона, средства возвращаются в соответствии с судебным решением в указанные в нем сроки.

174. Счет по межтерриториальным расчетам должен содержать в том числе следующие сведения:

номер и дату счета;

наименование территориального фонда по месту оказания медицинской помощи;

наименование территориального фонда по месту страхования;

сумму, подлежащую оплате;

сумму средств по выставленным счетам на оплату медицинской помощи;

сумму по возврату средств вследствие принятия мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона;

сумму восстановления средств, взысканных вследствие принятия мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона.

К счету по межтерриториальным расчетам прилагается реестр, содержащий реквизиты счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, уведомлений о возврате средств, уведомлений об организации проведения совместной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, уведомлений о восстановлении средств, взысканных вследствие принятия мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона.

175. Не подлежит оплате по межтерриториальным расчетам оказание медицинской помощи, не предусмотренной к оказанию в рамках базовой программы.

В случае, если медицинская организация участвует в реализации территориальных программ нескольких субъектов Российской Федерации, выставление счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, полис обязательного медицинского страхования которым выдан в данных субъектах Российской Федерации, допускается только в территориальный фонд соответствующего субъекта Российской Федерации в рамках объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных медицинской организации решением Комиссии.

176. В случае выявления по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи фактов излишне уплаченных сумм за прошлые годы за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории страхования, указанные суммы подлежат возврату в бюджет территориального фонда по месту страхования.

177. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи и территориальный фонд по месту страхования ежеквартально проводят сверку расчетов по счетам по межтерриториальным расчетам с оформлением акта сверки счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории страхования (далее - акт сверки по межтерриториальным расчетам).

Акт сверки по межтерриториальным расчетам должен содержать следующие сведения:

1) сальдо на начало отчетного периода;

2) суммы счетов по оплате медицинской помощи, предъявленных к возмещению, суммы выставленных уведомлений о восстановлении средств, взысканных вследствие принятия мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, уведомлений о возврате средств;

3) суммы средств, перечисленных территориальным фондом по месту страхования в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи;

4) суммы средств, перечисленных территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи в территориальный фонд по месту страхования;

5) сальдо на конец отчетного периода.

Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи составляет акты сверки по межтерриториальным расчетам и направляет в течение 15 рабочих дней месяца, следующего за

отчетным кварталом, в территориальные фонды по месту страхования.

Территориальный фонд по месту страхования, получивший акт сверки по межтерриториальным расчетам, производит сверку данных в течение 15 рабочих дней со дня получения акта сверки по межтерриториальным расчетам от территориального фонда по месту оказания медицинской помощи и его подписание.

178. В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи осуществляет авансирование медицинских организаций на оказание медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории страхования, на основании представленной медицинской организацией заявки на авансирование оказание медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории страхования, с указанием периода авансирования и суммы, размер которой может составлять до 50 процентов от среднемесячного объема средств, направленных на оплату медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, за последние три месяца текущего финансового года.

В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, медицинская организация направляет в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи заявку на авансирование оказания медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории страхования, с указанием периода авансирования и суммы, размер которой может составлять до 50 процентов от среднемесячного объема средств, направленных на оплату медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории страхования, за последние три месяца текущего финансового года.

179. Медицинская организация и территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию ежемесячно проводят сверку расчетов по межтерриториальным расчетам и составляют акт, который должен содержать сведения:

1) сумму задолженности территориального фонда по месту оказания медицинской помощи на начало отчетного месяца по:

оплате выставленных счетов на оплату медицинской помощи;

оплате пени за просрочку перечисления средств за оказанную медицинскую помощь;

2) сумму задолженности медицинской организации на начало отчетного месяца по:

оплате штрафов и возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, в том числе по результатам:

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

по оплате пеней за просрочку оплаты штрафов и возврата средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона;

3) общую сумму средств на оплату медицинской помощи по предъявленным счетам за отчетный месяц;

4) сумму средств, сформированных за нарушения, выявленные по результатам контроля объемов,

сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, всего, в том числе по результатам:

медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

5) сумму штрафов, начисленных за нарушения, выявленные по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, всего, в том числе по результатам:

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

6) сумму средств, удержанных территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе по результатам:

медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

7) сумму средств, перечисленных медицинской организацией в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи за отчетный месяц:

в связи с принятием к медицинской организации мер в соответствии со статей 41 Федерального закона;

на оплату штрафов по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе по результатам:

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

8) сумму средств, перечисленных территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи в медицинскую организацию в отчетном месяце по счетам на оплату медицинской помощи;

9) сумму начисленного территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи пени за несвоевременное перечисление средств на оплату медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

10) сумму начисленного медицинской организации пени за несвоевременный возврат средств по итогам принятия мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона;

11) сумму перечисленного территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи пени за несвоевременное перечисление средств на оплату медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

12) сумму перечисленного медицинской организацией пени за несвоевременный возврат средств по итогам принятия мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона;

13) сумму задолженности территориального фонда по месту оказания медицинской помощи на конец отчетного период по:

оплате выставленных счетов на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

оплате пени за просрочку перечисления средств за оказанную медицинскую помощь;

14) сумму задолженности медицинской организации на конец отчетного месяца по:

оплате штрафов и возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, в том числе по результатам:

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

оплате пени за просрочку оплаты штрафов и возврата средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона;

180. Акт, указанный в пункте 179 настоящих Правил, подписывается руководителем и главным бухгалтером территориального фонда по месту оказания медицинской помощи (или иным должностным лицом, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета), руководителем и главным бухгалтером медицинской организации (или иным должностным лицом, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета) и при формировании акта в форме документа на бумажном носителе - заверяется печатями территориального фонда по месту оказания медицинской помощи и медицинской организации (при наличии).

XI. Порядок утверждения для страховых медицинских организаций дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования

181. Дифференцированные подушевые нормативы предназначены для определения размера финансовых средств для финансирования страховых медицинских организаций, в расчете на одно застрахованное лицо, с учетом различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола, возраста.

182. Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации распределяется на следующие половозрастные группы:

1) ноль - четыре года мужчины/женщины;

2) пять - семнадцать лет мужчины/женщины;

3) восемнадцать - пятьдесят девять лет мужчины;

4) восемнадцать - пятьдесят четыре года женщины;

5) шестьдесят лет и старше мужчины;

6) пятьдесят пять лет и старше женщины.

При расчете дифференцированного подушевого норматива в субъекте Российской Федерации допустимо использовать распределение численности на половозрастные подгруппы с учетом

дифференциации в оказании медицинской помощи.

183. Дифференцированные подушевые нормативы рассчитываются в следующей последовательности:

1) рассчитываются коэффициенты дифференциации ($КД_i$) для каждой половозрастной группы застрахованных лиц на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период (далее - расчетный период), но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период. Для расчета коэффициентов дифференциации:

все лица, застрахованные в субъекте Российской Федерации в расчетном периоде, распределяются на половозрастные группы. К расчету коэффициентов дифференциации принимается численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации, определяемая на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц на первое число первого месяца расчетного периода;

определяются затраты на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам - на основании реестров счетов (с учетом видов и условий оказания медицинской помощи) за расчетный период в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации;

определяется норматив затрат на одно застрахованное лицо (Р) в субъекте Российской Федерации (без учета возраста и пола) по формуле:

$$Р = З \ М \ Ч,$$

где:

З - затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;

М - количество месяцев в расчетном периоде;

Ч - численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации;

определяются нормативы затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в i-тый половозрастной интервал ($Р_i$), по формуле:

$$Р_i = З_i \ М \ Ч_i,$$

где:

$З_i$ - затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в i-тый половозрастной интервал за расчетный период;

М - количество месяцев в расчетном периоде;

$Ч_i$ - численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации, попадающего в i-тый половозрастной интервал;

рассчитываются коэффициенты дифференциации $КД_i$ для каждой половозрастной группы по формуле:

$$КД_i = Р_i \ \ Р;$$

2) рассчитывается среднедушевой норматив финансирования страховых медицинских организаций (С) по формуле:

$$С = (П - Н - У - Р) \ \ Ч,$$

где:

П - поступившие в отчетном месяце в бюджет территориального фонда средства на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования (без учета остатка средств за предыдущие периоды);

Н - размер средств, необходимых для пополнения нормированного страхового запаса территориального фонда за счет средств, поступивших в расчетном месяце в бюджет территориального фонда на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования в объеме не более 1/12 от годового размера средств нормированного страхового запаса, утвержденного в бюджете территориального фонда на текущий год на цели, предусмотренные пунктом 1 и пунктом 2 части 6 статьи 26 Федерального закона;
(в ред. Приказа Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

У - размер средств обязательного медицинского страхования, направленных в расчетном месяце на осуществление управленческих функций территориального фонда, в пределах месячного объема лимита бюджетных обязательств, предусмотренных на указанные цели;

Р - размер средств, предназначенных на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию страховых медицинских организаций;

Ч - среднемесячная численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации;

3) рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для половозрастных групп застрахованных лиц с использованием коэффициентов дифференциации по формуле:

$$Д_i = С \times КД_i,$$

где:

С - среднедушевой норматив финансирования страховой медицинской организации;

$Д_i$ - дифференцированный подушевой норматив для i-той половозрастной группы застрахованных лиц;

$КД_i$ - коэффициент дифференциации для i-той половозрастной группы застрахованных лиц.

XII. Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

184. Расчет тарифов осуществляется на единицу объема медицинской помощи, на медицинскую услугу, за вызов скорой медицинской помощи, за законченный случай лечения заболевания, на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц (обслуживаемых медицинской организацией), а также подушевого

норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям оказания медицинской помощи.

Тариф за законченный случай лечения заболевания может рассчитываться на однородные группы случаев оказания медицинской помощи:

клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) - группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

клинико-профильная группа (КПГ) - группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи.

Расчет тарифа на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации осуществляется с учетом коэффициентов половозрастных затрат на оказание медицинской помощи конкретной медицинской организации и иных коэффициентов, установленных тарифным соглашением, заключаемым в субъекте Российской Федерации в соответствии со статьей 30 Федерального закона.

185. Тарифы рассчитываются в соответствии с настоящей главой Правил и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой.

186. Тариф на оплату медицинской помощи включает в себя:

1) расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона;

2) дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи, определенные Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации в соответствии с частью 8 статьи 35 Федерального закона;

3) расходы, определенные территориальной программой в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой за счет средств субвенций из бюджета Федерального фонда и межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджет территориального фонда.

187. Для установления тарифов используются следующие методы определения затрат:

1) нормативный;

2) структурный;

3) экспертный.

188. В случае наличия утвержденных нормативов затрат, выраженных в натуральных показателях, в том числе нормативов питания, оснащения мягким инвентарем, лекарственными препаратами, норм потребления расходных материалов, нормативов затрат рабочего времени, объемов снижения потребления энергетических ресурсов в соответствии с требованиями энергетической эффективности или иных натуральных параметров оказания медицинской помощи (медицинской услуги), указанные нормативы затрат, выраженные в натуральных показателях, используются при определении тарифов.

189. При применении структурного метода затраты в отношении соответствующей группы затрат определяются пропорционально выбранному основанию, в том числе затратам на оплату труда и начислениям на выплаты по оплате труда работников, участвующих непосредственно в оказании медицинской помощи (медицинской услуги); численности работников, участвующих непосредственно в оказании медицинской помощи (медицинской услуги); площади помещения, используемого для оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

190. При применении экспертного метода затраты в отношении соответствующей группы затрат определяются на основании экспертной оценки, в том числе оценки доли группы затрат (трудозатраты) в общем объеме затрат, необходимых для оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

191. Тариф на оказание i-той медицинской услуги (T_i) определяется по формуле:

$$T_i = {}_jG_j,$$

где G_j - затраты, определенные для j-той группы затрат на единицу объема медицинской помощи (медицинской услуги) на соответствующий финансовый год.

192. В расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

193. В составе затрат, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги), учитываются следующие группы затрат:

1) затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников, принимающих непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

2) затраты на приобретение материальных запасов, потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги);

3) затраты на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь), используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

4) иные затраты, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги).

Группы затрат могут быть дополнительно детализированы.

194. К затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемым непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), относятся затраты, которые невозможно отнести напрямую к затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги).

195. В составе затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, выделяются следующие группы затрат:

1) затраты на коммунальные услуги;

2) затраты на содержание объектов недвижимого имущества, закрепленного за медицинской организацией на праве оперативного управления или приобретенным медицинской организацией за счет средств, выделенных ей учредителем на приобретение такого имущества, а также недвижимого имущества, находящегося у медицинской организации в собственности, на основании договора аренды или безвозмездного пользования, эксплуатируемого в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) (далее - затраты на содержание недвижимого имущества);

3) затраты на содержание объектов движимого имущества (далее - затраты на содержание движимого имущества);

4) затраты на приобретение услуг связи;

5) затраты на приобретение транспортных услуг;

6) затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинских организаций, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) (административно-управленческого, административно-хозяйственного, вспомогательного и иного персонала, не принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

7) затраты на амортизацию основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря), оборудования, непосредственно не используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

8) прочие затраты на общехозяйственные нужды.

Группы затрат могут быть дополнительно детализированы.

196. Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда определяются исходя из потребности в количестве персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с действующей системой оплаты труда, включая денежные выплаты стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации; врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.

197. Затраты на материальные запасы определяются исходя из нормативных объемов потребления материальных запасов или фактических объемов потребления материальных запасов за прошлые годы в натуральном или стоимостном выражении и включают в себя затраты на приобретение материальных запасов, непосредственно используемых для оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

198. Затраты на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь), используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги), определяются исходя из балансовой стоимости оборудования, годовой нормы его износа и времени работы оборудования в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги). Затраты на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу определяются в случае, если указанные расходы включены в территориальную программу.

199. Затраты на коммунальные услуги определяются обособленно по видам энергетических ресурсов, исходя из нормативов потребления коммунальных услуг с учетом требований обеспечения энергоэффективности и энергосбережения или исходя из фактических объемов потребления коммунальных услуг за прошлые годы с учетом изменений в составе используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги) движимого и недвижимого имущества:

1) затраты на холодное водоснабжение и водоотведение;

2) затраты на горячее водоснабжение;

3) затраты на теплоснабжение;

4) затраты на электроснабжение.

В случае заключения энергосервисного договора (контракта) дополнительно к указанным нормативным затратам определяются нормативные затраты на оплату исполнения энергосервисного договора (контракта), на величину которых снижаются нормативные затраты по видам энергетических ресурсов.

Для определения затрат на коммунальные услуги рекомендуется учитывать нормативы потребления коммунальных услуг на единицу объема медицинской помощи (медицинской услуги) для группы медицинских организаций, находящихся в однотипных зданиях и оказывающих одинаковый набор услуг.

200. Затраты на холодное водоснабжение и водоотведение определяются исходя из объемов потребления и тарифов на холодное водоснабжение и водоотведение по следующей формуле:

$$N_{ХВ,вод} = T_{ХВ} \times V_{ХВ} + T_{вод} \times V_{вод},$$

где:

$N_{ХВ,вод}$ - затраты на холодное водоснабжение и водоотведение;

$T_{ХВ}$ - тариф на холодное водоснабжение, установленный на соответствующий финансовый год;

$V_{ХВ}$ - объем потребления холодной воды (в куб. м) в отчетном финансовом году;

$T_{вод}$ - тариф на водоотведение, установленный на соответствующий финансовый год;

$V_{вод}$ - объем водоотведения в соответствующем финансовом году.

201. Затраты на горячее водоснабжение (1), потребление тепловой энергии (2), электрической энергии (3), газа (4) определяются исходя из соответствующих тарифов и общих объемов их потребления в натуральном выражении соответственно по следующей формуле:

где:

N_i - затраты на горячее водоснабжение (1), потребление тепловой энергии (2), электрической энергии (3), газа (4);

T_i - тариф на горячее водоснабжение (1), потребление тепловой энергии (2), электрической энергии (3), газа (4), установленный на соответствующий финансовый год;

V_i - объем потребления горячей воды (в куб. м) (1), тепловой энергии (в Гкал) (2), электрической энергии (кВт.ч) (3), потребление газа (4) в соответствующем финансовом году.

202. Затраты на оплату исполнения энергосервисного договора (контракта) определяются как процент от достигнутого размера экономии соответствующих расходов медицинской организации, определенный условиями энергосервисного договора (контракта).

203. Затраты на содержание объектов недвижимого имущества могут быть детализированы по следующим группам затрат:

1) затраты на эксплуатацию системы охранной сигнализации и противопожарной безопасности;

2) затраты на аренду недвижимого имущества;

3) затраты на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения по которым признается недвижимое имущество, закрепленное за медицинской организацией или приобретенное медицинской организацией за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества, в том числе земельные участки;

4) затраты на содержание прилегающих территорий в соответствии с санитарными правилами и нормами;

5) прочие затраты на содержание недвижимого имущества.

204. Затраты на содержание объектов движимого имущества могут быть детализированы по следующим группам затрат:

1) затраты на техническое обслуживание и текущий ремонт движимого имущества;

2) затраты на материальные запасы, потребляемые в рамках содержания движимого имущества, не отнесенные к затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги);

3) затраты на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения движимого имущества, закрепленного за медицинской организацией или приобретенного медицинской организацией за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества;

4) затраты на обязательное страхование гражданской ответственности владельцев транспортных средств;

5) прочие затраты на содержание движимого имущества;

6) затраты на арендную плату <15>.

<15> В том числе финансовую аренду объектов (лизинг) без ограничения размера платежа. В случае если договором аренды предусмотрен выкуп предмета лизинга в соответствии со статьей 624 Гражданского кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, N 5, ст. 410), то расходы по приобретению предмета лизинга включаются в размере, не превышающем ста тысяч рублей.

205. Затраты на приобретение услуг связи и приобретение транспортных услуг определяются исходя из нормативов потребления или фактических объемов потребления за прошлые годы в натуральном или стоимостном выражении.

206. Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинской организации, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) (административно-управленческого, административно-хозяйственного, вспомогательного и иного персонала, не принимающего непосредственное участие в оказании государственной услуги), определяются исходя из количества единиц по штатному расписанию, утвержденному руководителем медицинской организации, с учетом действующей системы оплаты труда.

207. Затраты на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь), непосредственно не используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги), определяются исходя из балансовой стоимости оборудования, годовой нормы его износа и времени работы оборудования в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги). Затраты на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу определяются в случае, если указанные расходы включены в территориальную программу.

208. Распределение затрат, необходимых для деятельности медицинской организации в целом, по отдельным видам медицинской помощи (медицинским услугам) осуществляется одним из следующих способов:

1) пропорционально фонду оплаты труда основного персонала, непосредственно участвующего в оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

2) пропорционально объему оказываемых медицинских услуг в случае, если медицинские услуги, оказываемые медицинской организацией, имеют одинаковую единицу измерения объема услуг, либо могут быть приведены в сопоставимый вид (например, если одно обращение в среднем включает в себя 2,9 посещения, то обращение может быть переведено в посещение путем умножения на 2,9);

3) пропорционально площади, используемой для оказания медицинской помощи (медицинской услуги) (при возможности распределения общего объема площадей медицинской организации между оказываемыми видами медицинской помощи (медицинскими услугами);

4) путем отнесения всего объема затрат, необходимых для деятельности медицинской организации в целом, на один вид медицинской помощи (медицинской услуги), выделенный(ой) в качестве основного(ой) вида медицинской помощи (медицинской услуги) для медицинской организации;

5) пропорционально иному выбранному показателю.

209. Расчет стоимости медицинской помощи (медицинской услуги) производится по таблице.

Таблица

Расчет стоимости медицинской помощи (медицинской услуги)

_____

(наименование медицинской услуги)

N п/п	Наименование статей затрат	Сумма (руб.)
1.1.	Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников, принимающих непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги)	
1.2.	Затраты на приобретение материальных запасов, потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги)	
1.3.	Сумма начисленной амортизации основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги) <*>	
1.4.	Иные затраты, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги)	
	Итого затрат, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги)	
2.1.	Затраты на коммунальные услуги	
2.2.	Затраты на содержание объектов недвижимого имущества	
2.3.	Затраты на содержание объектов движимого имущества	
2.4.	Затраты на приобретение услуг связи	
2.5.	Затраты на приобретение транспортных услуг	
2.6.	Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинской организации, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги)	
2.7.	Сумма начисленной амортизации основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, не используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги) <*>	
2.8.	Прочие затраты на общехозяйственные нужды	
	Итого затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом	
	Стоимость медицинской помощи (медицинской услуги)	

<*> Стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу - при включении указанных расходов в территориальную программу.

XII.I. Методика расчета объемов финансового обеспечения медицинской помощи

(введено Приказом Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

209.1. Объем финансового обеспечения медицинской помощи рассчитывается на основании объемов предоставления медицинской помощи, распределенных медицинской организации (филиалу/представительству медицинской организации) решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинской

помощи, установленным в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии со статьей 30 Федерального закона, и (или) объемов предоставления медицинской помощи, распределенных (перераспределенных) в порядке, установленном Правительством Российской Федерации в соответствии с частью 3.2 статьи 35 Федерального закона, по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с частью 3.1 статьи 30 Федерального закона (далее при совместном упоминании - распределение объемов медицинской помощи, тарифы на оплату медицинской помощи).

209.2. Объем финансового обеспечения медицинской помощи пересчитывается при изменении объемов предоставления медицинской помощи, распределенных медицинской организации (филиалу/представительству медицинской организации), и (или) тарифов на оплату медицинской помощи.

209.3. Объемы финансового обеспечения медицинской помощи определяются в расчете на год в целом по медицинской организации, в том числе по филиалам/представительствам медицинской организации, осуществляющим самостоятельное представление счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи и получение оплаты по выставленным счетам и реестрам счетов на оплату медицинской помощи, а также в разрезе условий и способов оказания медицинской помощи (за исключением способа оплаты медицинской помощи за прерванный случай), профилей специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, предусмотренной к оказанию медицинской организацией (филиалом/представительством) в соответствии с распределением объемов предоставления медицинской помощи, а также групп и видов высокотехнологичной медицинской помощи, заболеваний и состояний (групп заболеваний и групп состояний) специализированной медицинской помощи, отдельных наименований медицинских услуг, в том числе диагностических (лабораторных) исследований в случае установления решением Комиссии распределения объемов предоставления медицинской помощи в разрезе групп и видов высокотехнологичной медицинской помощи, заболеваний и состояний (групп заболеваний и групп состояний) специализированной медицинской помощи, отдельных наименований медицинских услуг, в том числе диагностических (лабораторных) исследований.

209.4. Общий объем финансового обеспечения медицинской помощи по медицинской организации определяется как сумма объемов финансового обеспечения, рассчитанных по условиям оказания медицинской помощи, по которым медицинской организации распределены объемы предоставления медицинской помощи.

Объем финансового обеспечения медицинской помощи по условиям оказания медицинской помощи рассчитывается как сумма объемов финансового обеспечения медицинской помощи по способам оплаты медицинской помощи, применяемым для указанной медицинской организации по данному условию оказания медицинской помощи в соответствии с тарифным соглашением, установленным в соответствии со статьей 30 Федерального закона.

Объем финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи, рассчитывается как сумма объемов финансового обеспечения медицинской помощи по профилям оказания медицинской помощи в стационарных условиях, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи, по которым медицинской организации распределены объемы предоставления медицинской помощи.

Объем финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, рассчитывается как сумма объемов финансового обеспечения медицинской помощи по профилям оказания медицинской помощи в стационарных условиях, по которым медицинской организации распределены объемы предоставления медицинской помощи.

В случае выделения при распределении объемов предоставления медицинской помощи групп и видов высокотехнологичной медицинской помощи, заболеваний и состояний (групп заболеваний и групп состояний) специализированной медицинской помощи, отдельных наименований медицинских

услуг объем финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях по профилям медицинской помощи определяется как сумма объемов финансового обеспечения медицинской помощи по группам и видам высокотехнологичной медицинской помощи, заболеваниям и состояниям (группам заболеваний и групп состояний) специализированной медицинской помощи, отдельным наименованиям медицинских услуг, входящим в соответствующий профиль медицинской помощи.

В случае выделения при распределении объемов предоставления медицинской помощи отдельных наименований медицинских услуг, оплата оказания которых осуществляется за единицу объема оказания медицинской услуги, объем финансового обеспечения медицинской помощи по данному способу оплаты медицинской помощи рассчитывается как сумма объемов финансового обеспечения медицинской помощи по каждой выделенной в распределении объемов предоставления медицинской помощи медицинской услуге.

209.5. Объем финансового обеспечения медицинской помощи по условиям оказания и способу оплаты медицинской помощи, профилю и виду медицинской помощи, наименованию медицинской услуги рассчитывается как произведение объема предоставления соответствующей медицинской помощи, распределенного медицинской организации, на установленный в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии со статьей 30 Федерального закона, или порядке, предусмотренном частью 3.1 статьи 30 Федерального закона, соответствующий условиям оказания и способу оплаты медицинской помощи, профилю и виду медицинской помощи, наименованию медицинской услуги и данной медицинской организации тариф на оплату медицинской помощи (подушевой норматив финансирования).

209.6. При расчете объемов финансового обеспечения медицинской помощи тарифы на оплату медицинской помощи (подушевые нормативы финансирования), установленные в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии со статьей 30 Федерального закона, или порядке, предусмотренном частью 3.1 статьи 30 Федерального закона, применяются с учетом следующих особенностей:

а) в случае применения способа оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации принимается допущение, что медицинской организации будут выполнены все установленные показатели результативности деятельности;

б) при определении тарифов на оплату медицинской помощи:

принимаются установленные для данной медицинской организации (филиалу/представительству медицинской организации) в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии со статьей 30 Федерального закона или порядке, предусмотренном частью 3.1 статьи 30 Федерального закона, значения коэффициентов уровня оказания медицинской помощи, специфики оказания медицинской помощи, дифференциации;

значение коэффициента сложности лечения пациента применяется на уровне, соответствующем среднему значению коэффициента сложности лечения пациента в данной медицинской организации в году, предшествующем году определения объема финансового обеспечения медицинской помощи, по данным счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, а в случае неоказания медицинской организацией в указанном периоде медицинской помощи применяется среднее значение коэффициента сложности лечения пациента по субъекту Российской Федерации (по медицинским организациям, осуществляющим оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона).

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 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 Федерального закона применяются меры, предусмотренные статьей 41 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 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 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;

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 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 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 настоящих Правил, должны обеспечивать возможность пользователю распечатать на бумажном носителе информацию: о порядке получения полиса, об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным законом, 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 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 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, 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 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 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 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 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 оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов 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 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 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 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 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 и 266 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 настоящих Правил, в течение пяти рабочих дней средствами информационного ресурса вносит необходимые

корректировки в сведения, представленные в соответствии с пунктами 265 и 266 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 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, устанавливаемой Федеральным фондом в соответствии с пунктом 6.1 части 8 статьи 33 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 Федерального закона.

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

При обращении застрахованного лица (законного представителя 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 организации и проведения контроля и в сроки, установленные Федеральным законом от 2 мая 2006 г. N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" <19>.

<19> Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 19, ст. 2060; 2018, N 53, ст. 8454.

Приложение N 1
к Правилам обязательного медицинского
страхования, утвержденным приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 28 февраля 2019 г. N 108н

ПОЛОЖЕНИЕ
О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОМИССИИ ПО РАЗРАБОТКЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Список изменяющих документов
(в ред. Приказа Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

1. Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования создается в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

2. Комиссия в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации и другими нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования Российской Федерации и субъекта Российской Федерации, а также настоящими Правилами.

3. В состав Комиссии на паритетных началах входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации.

4. Комиссия:

1) разрабатывает проект территориальной программы;

2) разрабатывает и устанавливает показатели эффективности деятельности медицинских организаций, позволяющие провести оценку возможности реализации заявленных медицинской организацией объемов медицинской помощи;

3) распределяет на отчетный год и перераспределяет в течение года объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации (за исключением медицинских организаций, находящихся за пределами Российской Федерации, включенных в реестр медицинских организаций), в пределах и на основе установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи, до 1 января года, на который осуществляется распределение;
(в ред. Приказа Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

4) осуществляет рассмотрение тарифов и формирование тарифного соглашения в соответствии с требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленных Федеральным фондом в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона;

5) устанавливает иные сроки подачи медицинскими организациями уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования для вновь создаваемых медицинских организаций;

6) определяет порядок представления информации членами Комиссии.

5. В целях разработки проекта территориальной программы Комиссия на заседаниях:

1) рассматривает информацию:

исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья по объемам медицинской помощи, требуемым для предоставления застрахованным лицам на предстоящий год;

территориального фонда о численности застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации в разрезе половозрастных групп на основе регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, реестра страховых медицинских организаций и реестра медицинских организаций;

2) рассматривает предложения исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций по:

видам медицинской помощи, перечню заболеваний, порядку и условиям предоставления медицинской помощи, включая сроки ожидания медицинской помощи, значениям нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо с учетом объемов медицинской помощи, оказываемых застрахованным лицам медицинскими организациями в других субъектах Российской Федерации, нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативам финансового обеспечения территориальной программы в расчете на одно застрахованное лицо, способам оплаты медицинской помощи и тарифам в соответствии с требованиями, установленными базовой программой и в дополнение к базовой программе;

целевым значениям критериев доступности и качества медицинской помощи;

перечню направлений использования средств обязательного медицинского страхования при установлении дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой;

участию медицинских организаций в реализации территориальной программы в части заявленных объемов оказания медицинской помощи, с учетом показателей эффективности деятельности медицинских организаций;

3) анализирует соответствие показателей объемов предоставления медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных территориальной программой и базовой программой;

6. При разработке проекта территориальной программы Комиссией учитываются порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации, стандарты медицинской помощи, особенности половозрастного состава застрахованных лиц, уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации по данным медицинской статистики, климатические, географические особенности субъекта Российской Федерации, транспортная доступность медицинских организаций, сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения.

7. Подготовленный проект территориальной программы Комиссия представляет исполнительному органу государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и территориальному фонду.

8. Распределение и перераспределение объемов медицинской помощи осуществляется:

1) по видам и условиям предоставления медицинской помощи, а также применяемым способам оплаты медицинской помощи;

2) в разрезе профилей медицинской помощи, и при решении Комиссии в разрезе заболеваний и состояний (групп заболеваний и состояний), групп и видов высокотехнологичной медицинской помощи;

3) в разрезе медицинских услуг (групп медицинских услуг) в случае установления в тарифном соглашении по отдельным видам медицинских услуг (групп медицинских услуг) возможности использования только способа оплаты медицинской помощи "за единицу объема медицинской помощи";

4) с учетом показателей потребления медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, численности и половозрастной структуры застрахованных лиц.
(п. 8 в ред. Приказа Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

8.1. Распределение и перераспределение объемов финансового обеспечения медицинской помощи осуществляется:

1) по видам и условиям предоставления медицинской помощи, а также применяемым способам оплаты медицинской помощи;

2) в разрезе профилей медицинской помощи, и в случае распределения объемов предоставления медицинской помощи в разрезе заболеваний и состояний (групп заболеваний и состояний), групп и видов высокотехнологичной медицинской помощи - в разрезе заболеваний и состояний (групп заболеваний и состояний), групп и видов высокотехнологичной медицинской помощи;

3) в разрезе медицинских услуг (групп медицинских услуг) в случае установления в тарифном соглашении по отдельным видам медицинских услуг (групп медицинских услуг) возможности использования только способа оплаты медицинской помощи "за единицу объема медицинской помощи";

4) с учетом распределения (перераспределения) объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями, способов оплаты медицинской помощи и тарифов на оплату медицинской помощи, установленных и применяемых для оплаты медицинской помощи, оказанной

медицинской организацией, в соответствии с тарифным соглашением.
(п. 8.1 введен Приказом Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

9. При распределении и перераспределении объемов медицинской помощи учитываются:
(в ред. Приказа Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

1) порядок организации медицинской помощи в субъекте Российской Федерации с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей региона, а также сроков ожидания оказания медицинской помощи;

2) сведения медицинских организаций, представленные при подаче уведомления об участии в сфере обязательного медицинского страхования;

3) соответствие заявленных медицинскими организациями объемов медицинской помощи перечню работ и услуг, включенных в лицензию на осуществление медицинской деятельности;

4) соответствие объемов медицинской помощи, заявленных медицинскими организациями при подаче уведомлений об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, мощности коечного фонда, наличию соответствующего медицинского оборудования, медицинских работников соответствующих специальностей и других;

5) соответствие деятельности медицинских организаций требованиям порядков оказания медицинской помощи;

6) сведения страховых медицинских организаций о числе застрахованных лиц, их потребности в медицинской помощи и финансовых средствах для ее оплаты.

Распределение объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой, между медицинскими организациями в субъекте Российской Федерации осуществляется без учета объемов медицинской помощи застрахованным лицам субъекта Российской Федерации, оказываемой за его пределами.

Распределение объемов медицинской помощи медицинской организации осуществляется Комиссией в объемах, не превышающих предложения медицинской организации, представленные в уведомлении в соответствии с подпунктом 18 пункта 105 настоящих Правил, после оценки объемов медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации.
(в ред. Приказа Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

10. В целях распределения объемов между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями в рамках территориальной программы до 1 января года, на который осуществляется распределение, секретарю Комиссии не позднее трех рабочих дней после утверждения территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи представляются следующая информация и предложения:

1) территориальным фондом:

численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации в разрезе половозрастных групп на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц по состоянию на 1 января текущего года;

нормативы финансовых затрат на единицу объемов медицинской помощи, оказываемых в рамках территориальной программы, с учетом размера финансовых средств на реализацию территориальной программы в соответствии с законом о бюджете территориального фонда на соответствующий

финансовый год (далее - плановый год);

перечень страховых медицинских организаций, включенных в реестр страховых медицинских организаций на плановый год;

перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций на плановый год;

потребность в объемах медицинской помощи в разрезе страховых медицинских организаций с учетом числа застрахованных лиц, их пола и возраста;

предложения по распределению плановых объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями на основе численности застрахованных граждан и с учетом фактических объемов предоставления медицинской помощи, принятых к оплате за предыдущий год и первое полугодие текущего года;

предложения по распределению объемов финансовых средств между страховыми медицинскими организациями;

2) страховыми медицинскими организациями - предложения по планируемым объемам предоставления медицинской помощи на основании численности застрахованных лиц и с учетом фактических объемов медицинской помощи, принятых к оплате за предыдущий год и первое полугодие текущего года;

3) медицинскими организациями:

штатная численность в разрезе профилей (отделений) и врачей-специалистов (штатные, занятые должности и физические лица) по состоянию на 1 сентября текущего года;

численность прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в разрезе половозрастных групп и их списочный состав (в электронном виде);

фактически выполненные объемы медицинской помощи за предыдущий год и первое полугодие текущего года по видам и условиям предоставления медицинской помощи в разрезе профилей, врачей-специалистов, КПГ/КСГ по детскому и взрослому населению, количеству диагностических и (или) консультативных услуг, а также объемы их финансирования (за исключением медицинских организаций, вновь включенных в реестр медицинских организаций);

предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям оказания медицинской помощи, диагностических услуг, в разрезе профилей, врачей-специалистов, КПГ/КСГ по детскому и взрослому населению;

4) исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья - предложения по распределению объемов предоставления медицинской помощи медицинским организациям в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, сроков ожидания медицинской помощи по территориальной программе и объективных критериев (среднего радиуса территории обслуживания скорой медицинской помощи, количества фельдшерско-акушерских пунктов, расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи и других).

Секретарем Комиссии в течение трех рабочих дней с даты поступления предложений формируются и представляются членам Комиссии материалы для рассмотрения. Распределение объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между

медицинскими организациями осуществляется Комиссией в течение трех рабочих дней после получения материалов от секретаря Комиссии.

11. Распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями осуществляется Комиссией по следующим критериям:

1) количество прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и показателей объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой, с учетом показателей потребления медицинской помощи, видов медицинской помощи, условий предоставления медицинской помощи и врачебных специальностей;

2) показатели объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой, с учетом профилей отделений (коек), врачебных специальностей, видов медицинской помощи и условий ее предоставления медицинскими организациями, не имеющими прикрепленных застрахованных лиц;

3) количество диагностических и (или) консультативных услуг для обеспечения потребности медицинских организаций по выполнению порядков оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи по заболеваниям и состояниям в полном объеме при отсутствии или недостаточности у медицинских организаций данных диагностических и (или) консультативных услуг;

4) соотношение оказанных объемов предоставления медицинской помощи и оплаченных страховыми медицинскими организациями каждой медицинской организации;

5) необходимость и возможность внедрения новых медицинских услуг или технологий;

6) наличие ресурсного, в том числе кадрового, обеспечения планируемых объемов предоставления медицинской помощи;

7) достаточность мощности медицинской организации для выполнения объемов медицинской помощи, заявленных медицинской организацией в уведомлении об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

При распределении объемов медицинской помощи между медицинскими организациями критерии рассматриваются Комиссией комплексно.
(в ред. Приказа Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

12. Для рассмотрения отдельных вопросов и подготовки необходимых предложений, оперативного перераспределения объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных между медицинскими организациями, при Комиссии могут создаваться рабочие группы, к работе которой кроме членов Комиссии могут привлекаться специалисты органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации.
(в ред. Приказа Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

13. Для разработки проекта тарифного соглашения создается рабочая группа по тарифам на оплату медицинской помощи.

В срок до 15 декабря текущего года страховыми медицинскими организациями, медицинскими

организациями, исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья предоставляются к заседанию рабочей группы данные статистической и финансовой отчетности, необходимые для расчета тарифов на оплату медицинской помощи, и предложения по способам оплаты медицинской помощи и структуре тарифов на оплату медицинской помощи, установленные территориальной программой в соответствии с базовой программой, утверждаемой в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

На основании представленных данных рабочая группа:

1) в срок до 15 декабря текущего года осуществляет необходимые расчеты для формирования тарифов на оплату медицинской помощи на плановый период в соответствии с Методикой, требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленных Федеральным фондом в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона;

2) в срок до 20 декабря текущего года готовит проект тарифного соглашения;

3) в срок до 25 декабря текущего года направляет для рассмотрения проект тарифного соглашения членам Комиссии.

14. Решения о распределении объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями включаются в состав тарифного соглашения или принимаются отдельными решениями Комиссии в срок до 30 декабря текущего года. О принятых решениях Комиссия информирует территориальный фонд, исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, страховые медицинские организации и медицинские организации.
(п. 14 в ред. Приказа Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

15. Персональный состав Комиссии утверждается правовым актом высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации.

Изменения в состав Комиссии вносятся не реже одного раза в три года.

16. Председателем Комиссии является представитель органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации.

17. Секретарем Комиссии является представитель территориального фонда. Секретарь Комиссии не менее чем за три рабочих дня до начала заседания Комиссии информирует членов Комиссии о дате, месте и времени проведения заседания и организует рассылку необходимых материалов. Секретарь Комиссии обеспечивает ведение делопроизводства и хранение протоколов Комиссии.

18. Заседания Комиссии проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в месяц.

19. Решения Комиссии считаются правомочными, если в заседании принимало участие более двух третей членов Комиссии. Решение принимается простым большинством голосов от количества присутствующих на заседании членов Комиссии. В случае равенства голосов голос председателя Комиссии является решающим.

20. Решения Комиссии оформляются протоколом, который подписывается председательствующим и членами Комиссии и доводится до сведения территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций. Решения, принимаемые Комиссией в соответствии с ее компетенцией, являются обязательными для всех участников обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации.

21. Выписка из протокола решения Комиссии по распределению объемов предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями размещается на официальных сайтах исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и территориального фонда в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" в течение двух рабочих дней со дня их распределения.

Приложение N 2
к Правилам обязательного медицинского
страхования, утвержденным приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 28 февраля 2019 г. N 108н

Реестр
страховых медицинских организаций, осуществляющих
деятельность в сфере обязательного медицинского
страхования (форма)

Код субъекта Российской Федерации по ОКАТО, где расположена страховая медицинская организация, в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ	1	
Реестровый номер	2	
Код причины постановки на учет (КПП), для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения	3	
ИНН	4	
ОГРН	5	
Полное и сокращенное (при наличии) наименования страховой медицинской организации (филиала/представительства) в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ	6	
Организационно-правовая форма страховой медицинской организации в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ	7	
Головная организация (1), филиал (представительство) (2)	8	
Место нахождения и адрес страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ	9	
Фактический адрес страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ	10	
Место нахождения и адрес филиала (представительства) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ	11	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты	12	

Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя филиала (представительства), адрес электронной почты	13	
Номер, дата выдачи, дата окончания действия лицензии	14	
Дата включения страховой медицинской организации в реестр страховых медицинских организаций	15	
Дата исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций	16	
Причина исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций	17	
Численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на дату подачи уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования	18	

Приложение N 3
к Правилам обязательного медицинского
страхования, утвержденным приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 28 февраля 2019 г. N 108н

Список изменяющих документов
(в ред. Приказа Минздрава России от 10.02.2021 N 65н)

Форма

Единый реестр
медицинских организаций, осуществляющих деятельность
в сфере обязательного медицинского страхования

Реестровый номер медицинской организации	1
Полное и сокращенное (при наличии) наименования медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ; фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии со сведениями ЕГРИП	2
ИНН медицинской организации (индивидуального предпринимателя) в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе	3
КПП медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе	4
ОГРН медицинской организации	5
Код организационно-правовой формы медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором организационно-правовых форм (ОКОПФ)	6
Код формы собственности медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором форм собственности (ОКФС)	7

Сведения об учредителе (учредителях) медицинской организации, являющейся государственным (муниципальным) учреждением	8
Вид медицинской организации в соответствии с номенклатурой медицинских организаций	9
Адрес медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации; адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке (для индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность); уникальный номер адреса медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации, адреса, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке, в государственном адресном реестре; код территории субъекта Российской Федерации, в котором расположена медицинская организация, в котором зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке индивидуальный предприниматель, по Общероссийскому классификатору территорий муниципальных образований (ОКТМО)	10
Адрес электронной почты, номер телефона медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность)	11
Фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя и иных лиц медицинской организации, имеющих право действовать от имени медицинской организации без доверенности (для медицинской организации)	12
Банковские реквизиты медицинской организации	13
Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности	14
Сведения об обособленных структурных подразделениях медицинской организации (при наличии)	15
Сведения об адресах оказания медицинской помощи медицинской организацией, расположенных по данным адресам обособленных структурных подразделений медицинской организации и (или) наименованиях структурных подразделений, расположенных по данным адресам (при наличии), уникальные номера адресов оказания медицинской помощи в государственном адресном реестре	16
Мощность коечного фонда медицинской организации и количество врачей, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи, в разрезе профилей и адресов оказания медицинской помощи	17

Наименования субъектов Российской Федерации, в реализации территориальных программ которых участвуют медицинская организация и ее обособленные структурные подразделения; коды территорий субъектов Российской Федерации, в реализации территориальных программ которых участвуют медицинская организация и ее обособленные структурные подразделения, по Общероссийскому классификатору территорий муниципальных образований (ОКТМО); сведения о территориальных программах, в реализации которых участвует медицинская организация; сведения об участии медицинской организации, функции и полномочия учредителей в отношении которой осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в оказании медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона	18
Сведения о номерах записей реестров медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, соответствующих медицинской организации; даты включения медицинской организации в реестры медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования; даты исключения медицинской организации из реестров медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования; причины и основания исключения медицинской организации из реестров медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного страхования	19
Сведения о договорах на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы, заключенных с медицинской организацией	20
Сведения о видах, условиях и профилях медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией в рамках реализации территориальных программ, и медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с частью 11 статьи 5 Федерального закона	21
Сведения об объемах оказания медицинской помощи и о ее финансовом обеспечении, распределенных медицинской организации решениями Комиссий, в том числе в разрезе субъектов Российской Федерации и обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии); сведения об объемах оказания медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с частью 11 статьи 5 Федерального закона, распределенных (перераспределенных) медицинской организации в порядке, установленном Правительством Российской Федерации в соответствии с частью 3.2 статьи 35 Федерального закона	22
Сведения о способах оплаты медицинской помощи, установленных для медицинской организации в тарифных соглашениях субъектов Российской Федерации, в том числе в разрезе субъектов Российской Федерации и обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии)	23

Сведения о тарифах на оплату медицинской помощи, а также элементах структуры тарифов на оплату медицинской помощи, установленных (или применяемых) для медицинской организации в тарифных соглашениях субъектов Российской Федерации, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации; сведения о тарифах на оплату медицинской помощи, а также элементах структуры тарифов на оплату медицинской помощи, установленных (или применяемых) для медицинской организации в базовой программе обязательного медицинского страхования для оплаты медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с частью 11 статьи 5 Федерального закона	24
Фактические показатели деятельности медицинской организации по исполнению территориальных программ и (или) базовой программы, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации	25
Дата исключения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с частью 11 статьи 4 Федерального закона, на соответствующий год из единого реестра медицинских организаций, и причина ее исключения	26

Приложение N 4
к Правилам обязательного медицинского
страхования, утвержденным приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 28 февраля 2019 г. N 108н

Список изменяющих документов
(введено Приказом Минздрава России от 10.02.2021 N 65н)

Форма

Реестр
медицинских организаций, осуществляющих деятельность
в сфере обязательного медицинского страхования
по территориальным программам обязательного
медицинского страхования

Уникальный номер записи реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, на соответствующий финансовый год по медицинской организации	1
Реестровый номер медицинской организации	2
Код территории субъекта Российской Федерации в соответствии с Общероссийским классификатором территорий муниципальных образований (ОКТМО), в реализации территориальной программы которого участвует медицинская организация	3

Полное и сокращенное (при наличии) наименования медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ; фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии со сведениями ЕГРИП	4
ИНН медицинской организации (индивидуального предпринимателя) в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе	5
КПП медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе	6
ОГРН медицинской организации	7
Код организационно-правовой формы медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором организационно-правовых форм (ОКОПФ)	8
Код формы собственности медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором форм собственности (ОКФС)	9
Сведения об учредителе (учредителях) медицинской организации, являющейся государственным (муниципальным) учреждением	10
Вид медицинской организации в соответствии с номенклатурой медицинских организаций	11
Адрес медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации; адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке (для индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность); уникальный номер адреса медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации, адреса, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке в государственном адресном реестре	12
Адрес электронной почты, номер телефона медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность)	13
Фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя и иных лиц медицинской организации, имеющих право действовать от имени медицинской организации без доверенности (для медицинской организации)	14
Банковские реквизиты медицинской организации	15
Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности	16
Сведения об обособленных структурных подразделениях медицинской организации, осуществляющих деятельность по реализации территориальной программы субъекта Российской Федерации	17
Сведения об адресах оказания медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации, расположенных по данным адресам обособленных структурных подразделений медицинской организации и (или) наименованиях структурных подразделений медицинской организации, расположенных по данным адресам (при наличии), уникальные номера адресов оказания медицинской помощи в государственном адресном реестре	18
Мощность коечного фонда медицинской организации и количество врачей, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи, в разрезе профилей и адресов оказания медицинской помощи	19

Дата включения медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, на соответствующий финансовый год	20
Виды, условия и профили медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией в рамках территориальной программы, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии)	21
Сведения о договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенном с медицинской организацией	22
Сведения об объемах оказания медицинской помощи и о ее финансовом обеспечении, распределенных медицинской организации решением Комиссии, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии)	23
Сведения о способах оплаты медицинской помощи, установленных для медицинской организации в тарифном соглашении субъекта Российской Федерации, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии)	24
Сведения о тарифах на оплату медицинской помощи, а также элементах структур тарифов на оплату медицинской помощи, установленных для медицинской организации (обособленных структурных подразделений медицинской организации) в тарифном соглашении субъекта Российской Федерации	25
Фактические показатели деятельности медицинской организации в рамках реализации территориальной программы субъекта Российской Федерации на соответствующий финансовый год, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии)	26
Дата исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного страхования, в соответствующем финансовом году	27
Причина и основание исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного страхования, в соответствующем финансовом году	28

Приложение N 5
к Правилам обязательного медицинского
страхования, утвержденным приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 28 февраля 2019 г. N 108н

ЗНАЧЕНИЯ КОЭФФИЦИЕНТОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РАЗМЕРА ШТРАФА ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

Список изменяющих документов
(введены Приказом Минздрава России от 26.03.2021 N 254н;
в ред. Приказа Минздрава России от 01.07.2021 N 696н)

Код нарушения/ дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества
Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля			
1.1.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.	0	0,3
1.2.	Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.	0	1
1.3.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей.	1	0,3
1.4.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
1.4.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1	0

1.4.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1	0
1.4.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;	1	0
1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1	0
1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1	0
1.4.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/ периоду оплаты;	1	0
1.5.	Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе);	1	0
1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в программу обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	1	0

1.6.4.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности.	1	0
1.7.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:		
1.7.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	1	0
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1	0
1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований:		
1.8.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1	0
1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	1	0
1.8.3.	предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов).	1	0
1.9.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи.	1	0
1.10.	Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:		

1.10.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1	0
1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1	0
1.10.3.	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1	0
1.10.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию.	1	0
1.10.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме);	1	0
1.10.6.	включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1	0
Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы			
2.1.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;	0	0,3
2.2.	Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи.	1	3
2.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:		
2.3.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0	1
2.3.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;	0	2
2.3.3.	приведший к летальному исходу.	0	3

2.4.	Несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения застрахованного лица, которому по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение	0	0,3
2.5.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе:		
2.5.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0	1
2.5.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);	0	2
2.5.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/ или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения).	0	3
2.6.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (по факту выявления, с учетом информации лицензирующих органов).	1	0
2.7.	Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией).	1	0,3

2.8.	Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях).	1	0,3
2.9.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования.	0	1
2.10.	Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов <1>, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека <2>, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.	0,5	0,5
(в ред. Приказа Минздрава России от 01.07.2021 N 696н)			
2.11.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.	0	0,6
2.12.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин в течение 5 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда или территориального фонда или страховой медицинской организации.	1	0
2.13.	Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях <3>.	0,1	0

2.14.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятий, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и/или учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы).	0,5	0
2.15.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней).	1	0
2.16.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи выше тарифа, установленного тарифным соглашением;	0,1	0,3
2.16.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	1	1
2.17.	Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.	0	0,3
2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования.	0	0,3
Раздел 3 Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи			
3.1.	Установление неверного диагноза, связанное с отсутствием обоснования клинического диагноза в первичной медицинской документации или несоответствие результатов обследования клиническому диагнозу:		
3.1.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	0
3.1.2.	приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях;	0,3	0

3.1.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;	0,4	0,3
3.1.4.	приведшее к инвалидизации;	0,9	1
3.1.5.	приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов);	1	3
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	0
3.2.2.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,4	0,3
3.2.3.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,9	1
3.2.4.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	1	3
3.2.5.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;	0,9	1
3.2.6.	по результатам проведенного диспансерного наблюдения	0,9	1

3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания.	0,5	0,6
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	0,5	0,3
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация).	0,3	0
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1
3.7.	Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в течение суток в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций).	1	0,3

3.8.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки.	1	0,3
3.9.	Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов.	1	0,3
3.10.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований в связи с несоответствием оснащения медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации)	0,9	0,5
3.11.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	0,5	0
3.12.	Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача.	0	0,3

3.13.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи, связанные с риском для здоровья пациента.	0,5	0,6

<1> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12 октября 2019 г. N 2406-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, N 42, ст. 5979; 2020, N 48, ст. 7813).

<2> Распоряжение Правительства Российской Федерации 31 декабря 2018 г. N 3053-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, N 2, ст. 196; N 41, ст. 5780).

<3> В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2020, N 29, ст. 4516).