

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «___» _____ 2018 г. № _____

**Правила
обязательного медицинского страхования**

I. Общие положения

1. Настоящие Правила обязательного медицинского страхования (далее – Правила) регулируют правоотношения субъектов и участников обязательного медицинского страхования при реализации Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»¹ (далее – Федеральный закон).

2. Правила устанавливают порядок подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом; единые требования к полису обязательного медицинского страхования; порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования либо временного свидетельства застрахованному лицу; порядок ведения реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования; порядок ведения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере 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 они застрахованы; 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; 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

¹ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 25, ст. 3529; № 49, ст. 7047; № 49, ст. 7057; 2012, № 31, ст. 4322; № 49, ст. 6758; 2013, № 7, ст. 606; № 27, ст. 3477; № 30, ст. 4084; № 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; № 52, ст. 6955; 2014, № 11, ст. 1098; № 28, ст. 3851; № 30, ст. 4269; № 49, ст. 6927; 2015, № 51, ст. 7245; 2016, № 1, ст. 52; № 27, ст. 4183, ст. 4219; 2017, № 1, ст. 12, ст. 13, ст. 14, ст. 34).

территории Российской Федерации; требования к размещению страховыми медицинскими организациями информации; положение о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования согласно приложению №1 к настоящим Правилам; порядок информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи.

II. Порядок подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом

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 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 – его родителями или другими законными представителями), путем подачи заявления в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее – территориальный фонд) на его официальном сайте в сети «Интернет» и может дополнительно опубликовываться иными способами².

5. Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения и до 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 представителем³ (далее – законные представители).

6. Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо лично, или через своего представителя (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме – законного представителя), или посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг обращается в выбранную им страховую медицинскую организацию или иные организации, уполномоченные субъектом Российской Федерации (далее – иные организации) с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации, которое содержит следующие сведения:

² Часть 4 статьи 16 Федерального закона.

³ Часть 3 статьи 16 Федерального закона.

1) о застрахованном по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с Федеральным законом лице:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

место рождения;

гражданство;

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;

дата регистрации;

контактная информация;

категория застрахованного лица в соответствии со статьей 10 Федерального закона;

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

фамилия, имя, отчество (при наличии);

отношение к застрахованному лицу;

данные документа, удостоверяющего личность;

контактная информация;

3) наименование страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом (при подаче заявления в страховую медицинскую организацию);

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

5) о полисе обязательного медицинского страхования (далее – полис) (бумажный, электронный, отказ от получения полиса).

7. При обращении застрахованного лица в иную организацию с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации иная организация выдает застрахованному лицу оформленный страховой медицинской организацией полис либо временное свидетельство, при условии, что между иной организацией и страховой медицинской организацией заключен договор на оказание данных услуг.

8. Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации оформляется в письменной форме или машинописным способом и подается непосредственно в страховую медицинскую организацию/иную организацию или передается в электронной форме с использованием информационно-коммуникационных сетей общего пользования, в том числе сети «Интернет», через официальный сайт территориального фонда либо посредством Единого

портала государственных и муниципальных услуг.

9. 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 электронный адрес, указанный в заявлении. При принятии заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг территориальный фонд направляет заявителю подтверждение приема заявления в форме электронного документа через Единый портал государственных и муниципальных услуг.

10. К заявлению о выборе (замене) страховой медицинской организации прилагаются следующие документы или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица:

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

свидетельство о рождении;

документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;

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 «О беженцах»⁴, – удостоверение беженца, или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации⁵;

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

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным

⁴ Федеральный закон от 19 февраля 1993 г. № 4528-1 «О беженцах» (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 12, ст. 425; Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 26, ст. 2956; 1998, № 30, ст. 3613; 2000, № 33, ст. 3348; № 46, ст. 4537; 2003, № 27, ст. 2700; 2004, № 27, ст. 2711; № 35, ст. 3607; 2006, № 31, ст. 3420; 2007, № 1, ст. 29; 2008, № 30, ст. 3616; 2011, № 1, ст. 29; № 27, ст. 3880; 2012, № 10, ст. 1166; № 47, ст. 6397; № 53, ст. 7647; 2013, № 27, ст. 3477; 2014, № 52, ст. 7557).

⁵ Приказ Министерства внутренних дел Российской Федерации от 7 ноября 2017 г. № 838 «Об утверждении Административного регламента Министерства внутренних дел Российской Федерации по предоставлению государственной услуги по рассмотрению ходатайств о признании беженцем на территории Российской Федерации и заявлений о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 декабря 2017 г., регистрационный № 49120).

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);

б) 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 личность⁶;

СНИЛС (при наличии);

8) для представителя застрахованного лица:

документ, удостоверяющий личность;

доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленной в соответствии со статьей 185 части первой Гражданского кодекса Российской Федерации⁷;

9) для законного представителя застрахованного лица:

документ, удостоверяющий личность, и (или) документ, подтверждающий полномочия законного представителя;

10) для лиц, не идентифицированных в период лечения, медицинской организацией представляется ходатайство об идентификации застрахованного лица, содержащее:

⁶ Федеральный закон от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 30, ст. 3032; 2017, № 50, ст. 7564).

⁷ Федеральный закон от 30 февраля 1994 г. № 51-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 1994, № 32, ст. 3301; 2017, № 50, ст. 7550).

предполагаемые сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, место пребывания)⁸;

сведения о ходатайствующей организации (наименование, контактная информация, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, печать);

наименование территориального фонда.

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

11. Временно пребывающие на территории Российской Федерации в соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г. (далее – договор о 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 – Комиссия), 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 на основе заключаемых с ними трудовых договоров (контрактов) и не являющиеся должностными лицами) (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.

12. Для выбора или замены страховой медицинской организации иностранный гражданин, указанный в пункте 11 Правил, лично либо через своего представителя обращается в выбранную страховую медицинскую организацию или иные организации, уполномоченные субъектом Российской Федерации (далее – иные организации)⁹, с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации, которое должно содержать следующие сведения о застрахованном лице:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

место рождения;

гражданство;

СНИЛС;

данные паспорта иностранного гражданина либо иного документа, установленного федеральным законом или признаваемого в соответствии с

⁸ Со слов гражданина или по имеющимся документам.

⁹ Часть 5 статьи 16 Федерального закона.

международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

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

данные о месте пребывания с указанием срока пребывания;

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

контактная информация;

категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств - членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование.

13. К заявлению о выборе (замене) страховой медицинской организации иностранные граждане, указанные в пункте 11 Правил, представляют следующие документы или их заверенные копии, необходимые 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;

трудоустройство 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 отношение лица к категории должностных лиц, сотрудников органов ЕАЭС.

14. Принятое 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.

15. На основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и прилагаемых согласно пункту 10 настоящих Правил документов страховая медицинская организация осуществляет учет застрахованного лица по обязательному медицинскому страхованию.

16. В соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 16 Федерального закона застрахованное лицо лично, или через своего представителя, или посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг подает заявление о выборе страховой медицинской организации.

17. 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 обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, ежемесячно до 10-го 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 обязательного медицинского страхования (далее – договор 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 обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным¹⁰.

18. Страховые медицинские организации:

1) в течение трех рабочих дней с момента получения сведений из территориального фонда информируют застрахованное лицо в письменной форме о факте страхования и необходимости получения полиса;

2) обеспечивают выдачу застрахованному лицу полиса в порядке, установленном статьей 46 Федерального закона;

3) предоставляют застрахованному лицу информацию о его правах и обязанностях¹¹.

19. Замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, застрахованное лицо, в соответствии с пунктом 3 части 1 статьи 16 Федерального закона, осуществляет один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию.

20. 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.

21. При досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении

¹⁰ Часть 6 статьи 16 Федерального закона.

¹¹ Часть 7 статьи 16 Федерального закона.

обязательного медицинского страхования по инициативе страховой медицинской организации за три месяца до даты расторжения указанного договора страховая медицинская организация обязана уведомить территориальный фонд и застрахованных лиц о намерении расторгнуть договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования¹².

22. 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.

23. Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным той страховой медицинской организацией, которой он был застрахован ранее, за исключением изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин¹³.

III. Единые требования к полису обязательного медицинского страхования

24. На территории Российской Федерации действуют полисы единого образца.

25. Полис единого образца может быть представлен в форме бумажного бланка (далее – бумажный полис) или в форме пластиковой карты с электронным носителем (далее – электронный полис).

26. К бланку бумажного и электронного полиса предъявляются общие требования:

1) бланки бумажного и электронного полиса учитываются как бланки строгой отчетности;

2) бланки бумажного и электронного полиса имеют лицевую и оборотную сторону;

3) бланки бумажного и электронного полиса 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.

27. К бумажному полису предъявляются следующие требования:

1) бумажный полис представляет собой лист формата А5;

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

номер полиса;

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

¹² Часть 15 статьи 38 Федерального закона.

¹³ См. части 2 и 5 статьи 16 Федерального закона.

дата рождения;

срок действия полиса;

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

номер полиса;

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата 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 содержит сведения о страховой медицинской организации:

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

дата регистрации застрахованного лица в страховой медицинской организации;

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

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

28. К визуальным сведениям электронного полиса предъявляются следующие требования:

1) лицевая сторона содержит:

номер полиса;

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

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

срок действия полиса;

подпись застрахованного лица;

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

29. Электронный полис обеспечивает возможность размещения двух электронных приложений: страхового и медицинского.

30. К электронному страховому приложению 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 чип-модуль неизменяемых данных, а также функции по записи в чип-модуль изменяемых (дополняемых) данных;

3) наличие 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.

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

32. Электронное медицинское приложение должно обеспечивать хранение информации о застрахованном лице, необходимой для оказания ему медицинской, в том числе экстренной, помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

33. Территориальный фонд принимает решение о выдаче застрахованным лицам субъекта Российской Федерации электронных полисов с учетом технической возможности субъекта Российской Федерации по обеспечению их обращения. В случае принятия указанного решения электронный полис выдается застрахованным лицам по их желанию.

IV. Порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования либо временного свидетельства застрахованному лицу

34. 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. С 1 мая 2011 года выдача полисов застрахованным лицам осуществляется в соответствии с настоящей главой Правил.

35. Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения

срока действия.

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

37. 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 10 Правил.

38. 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.

39. 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 государством - члена ЕАЭС.

40. 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.

41. При обращении граждан категорий, указанных в пунктах 36, 37, 38, 39, 40, для оформления полиса в период с 1 ноября до 31 декабря текущего года, выдается 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.

42. В день подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации страховая медицинская организация или иная организация, в которую было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, выдает застрахованному лицу оформленные страховой медицинской организацией полис либо временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса и удостоверяющее право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая (далее – временное свидетельство).

43. В день подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг застрахованному лицу через Единый портал государственных и муниципальных услуг территориальным фондом направляется уведомление о принятии заявления и необходимости личного обращения в страховую медицинскую организацию для получения временного свидетельства.

44. Страховая медицинская организация, выбранная застрахованным лицом при осуществлении замены страховой медицинской организации на основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации,

или иная организация вносит сведения о страховой медицинской организации в полис в день подачи застрахованным лицом заявления. Страховая медицинская организация направляет указанную информацию в территориальный фонд.

45. Временное свидетельство заверяется подписью представителя страховой медицинской организации (иной организации), уполномоченного на осуществление функций по выдаче временного свидетельства, печатью страховой медицинской организации и содержит:

- 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) сведения о документе, удостоверяющем личность застрахованного лица, с указанием вида, серии, номера, кем выдан и даты выдачи;
- 7) номер и дату выдачи временного свидетельства;
- 8) срок действия временного свидетельства;
- 9) подпись застрахованного лица;
- 10) фамилию, имя, отчество (при наличии) представителя страховой медицинской организации (иной организации), уполномоченного на осуществление функций по выдаче временного свидетельства;
- 11) подпись представителя страховой медицинской организации (иной организации), уполномоченного на осуществление функций по выдаче временного свидетельства.

46. Временное свидетельство действительно до момента получения полиса, но не более тридцати рабочих дней с даты его выдачи.

47. 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 и в течение двух рабочих дней осуществляет проверку на наличие у застрахованного лица действующего полиса в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

48. В случае выявления действующего полиса в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц страховая медицинская организация или иная организация в течение пяти рабочих дней со дня получения заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации уведомляет застрахованное лицо об отказе в выдаче ему полиса с указанием мотивов отказа.

49. В случае отсутствия данных о действующем полисе в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц страховая медицинская организация в течение одного рабочего дня передает указанную информацию в территориальный фонд, который в течение трех рабочих дней осуществляет проверку в центральном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

50. В течение одного рабочего дня со дня получения сведений из

центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц территориальный фонд направляет результаты проверки в страховую медицинскую организацию.

51. При выявлении действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц страховая медицинская организация (иная организация) в течение трех рабочих дней со дня получения сведений из центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц уведомляет застрахованное лицо об отказе в выдаче ему полиса с указанием мотивов отказа.

52. 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).

53. 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).

54. Общий срок с момента подачи застрахованным лицом заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации до направления территориальным фондом заявки в Федеральный фонд не должен превышать десяти рабочих дней.

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

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

57. 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.

58. Территориальный фонд информирует страховые медицинские организации в течение двух рабочих дней со дня получения полисов от Федерального фонда.

59. Страховая медицинская организация или иная организация обязана в срок, не превышающий срока действия временного свидетельства, оповещать застрахованное лицо о готовности полиса и при обращении выдать полис. Застрахованное лицо расписывается в получении полиса в журнале регистрации выдачи полисов.

60. Федеральный фонд и территориальные фонды организуют информирование застрахованных об изготовленных полисах через официальные сайты территориальных фондов в сети «Интернет» или через Единый портал государственных и муниципальных услуг в случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг.

61. Застрахованные лица обязаны уведомить страховую медицинскую

организацию об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, СНИЛС, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли¹⁴. В случаях изменения фамилии, имени, отчества осуществляется переоформление полиса.

62. Переоформление полиса осуществляется также в случаях:

- 1) изменения даты рождения, места рождения застрахованного лица;
- 2) установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе;
- 3) необходимости продления действия полиса обязательного медицинского страхования гражданам категорий, указанных в пунктах 36, 37, 38, 39, 40, при сохранении у них права на обязательное медицинское страхование в следующем календарном году.

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

64. 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 пластиковой карты с электронным носителем и другие);

2) утери полиса.

65. Заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса содержит следующие сведения:

1) о застрахованном по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с Федеральным законом лице:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

место рождения;

гражданство;

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

данные документа, удостоверяющего личность;

место жительства;

место регистрации;

дата регистрации;

контактная информация;

категория застрахованного лица в соответствии со статьей 10 Федерального закона;

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

фамилия, имя, отчество (при наличии);

¹⁴ Пункт 3 статьи 2 части 16 Федерального закона.

отношение к застрахованному лицу;
данные документа, удостоверяющего личность;
контактная информация;

3) наименование страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом;

4) о полисе (бумажный, электронный).

66. Заявления о переоформлении полиса и выдаче дубликата полиса оформляются в порядке, предусмотренном пунктами 8, 9 настоящих Правил.

67. Принятое заявление заверяется подписью представителя страховой медицинской организации (иной организации) и печатью страховой медицинской организации (иной организации) при наличии печати.

68. Заявление о переоформлении полиса, при условии выполнения пункта 61 Правил, и выдаче дубликата полиса оформляются в порядке, предусмотренном пунктами 8, 9 настоящих Правил.

69. Принятое заявление, оформленное в электронном виде посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг, заверяется электронной подписью представителя страховой медицинской организации.

70. В случаях смерти застрахованного лица, получения нового полиса в случаях, предусмотренных пунктами 61, 62 настоящих Правил, окончания срока действия полиса территориальными фондами вносится соответствующая отметка в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.

71. В территориальных фондах и страховых медицинских организациях определяется круг лиц, имеющих доступ к персональным данным, необходимым для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.

72. Выдача полисов осуществляется в предназначенных для этих целей помещениях (пунктах выдачи), организованных на территории субъекта Российской Федерации страховыми медицинскими организациями, имеющими лицензию на деятельность по обязательному медицинскому страхованию на территории данного субъекта Российской Федерации, либо иными организациями.

Для обслуживания лиц с ограниченными возможностями, в том числе инвалидов, помещения оборудуются пандусами, специальными ограждениями и перилами, обеспечивающими беспрепятственное передвижение инвалидных колясок. Глухонемым, инвалидам по зрению и другим гражданам с ограниченными возможностями при необходимости оказывается соответствующая помощь.

В случаях, когда действующие объекты невозможно полностью приспособить для нужд инвалидов, собственниками этих объектов должны осуществляться по согласованию с общественными объединениями инвалидов меры, обеспечивающие удовлетворение минимальных

потребностей инвалидов¹⁵.

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

73. Для своевременной выдачи полисов страховая медицинская организация обеспечивает достаточное количество пунктов выдачи полисов, удобный для населения режим работы и максимальное приближение пунктов выдачи к застрахованным лицам.

74. В случае чрезвычайных ситуаций страховая медицинская организация организует мобильные пункты выдачи полисов.

75. Застрахованные лица, представившие в пункт выдачи полисов необходимые документы, информируются о сроках оформления и выдачи полисов лично или по указанному в документах телефону и (или) электронной почте.

Информация по электронной почте, через сеть «Интернет», а также по другим цифровым каналам в режиме вопросов-ответов предоставляется каждому застрахованному лицу, задавшему вопрос, не позднее пяти рабочих дней, следующих за днем получения вопроса.

76. Страховые медицинские 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 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 памятки.

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

78. Бланки временных свидетельств учитываются как бланки строгой отчетности.

79. 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. По истечении срока хранения они подлежат списанию и уничтожению по решению комиссии, создаваемой приказом страховой медицинской организации, согласованным с территориальным фондом, с оформлением акта списания и уничтожения полисов и временных

¹⁵ Статья 15 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, № 48, ст. 4563; 2001, № 33 (часть I), ст. 3426; 2004, № 35, ст. 3607; 2014, № 49, ст. 6928).

свидетельств, признанных недействительными или не востребованными.

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

V. 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 территориальным фондом по форме согласно приложению № 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, где расположена страховая медицинская организация;
- 2) код страховой медицинской организации в кодировке единого реестра страховых медицинских организаций (далее – реестровый номер);
- 3) код причины постановки на учет (далее – КПП);
- 4) идентификационный номер налогоплательщика (далее – ИНН);
- 5) полное и краткое наименование страховой медицинской организации (филиала) в соответствии с ЕГРЮЛ;
- 6) организационно-правовая форма страховой медицинской организации;
- 7) головная организация (1), обособленное подразделение (филиал) (2);
- 8) адрес (место) нахождения страховой медицинской организации, юридический адрес;
- 9) адрес (место) нахождения обособленного подразделения (филиала) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации (при наличии);
- 10) фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон и факс руководителя, адрес электронной почты;
- 11) фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон и факс, адрес электронной почты руководителя обособленного подразделения (филиала) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации

Федерации;

12) сведения о лицензии (номер, дата выдачи и окончания срока действия);

13) дата включения страховой медицинской организации в реестр страховых медицинских организаций;

14) дата исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций;

15) причина исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций;

16) 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 в сети «Интернет».

Уведомление должно содержать следующую информацию:

1) полное и краткое наименование страховой медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ;

2) полное наименование филиала страховой медицинской организации (при наличии);

3) адрес (место) нахождения страховой медицинской организации;

4) адрес (место) нахождения филиала страховой медицинской организации;

5) КПП;

6) ИНН;

7) организационно-правовая форма страховой медицинской организации;

8) фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты;

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

10) сведения о лицензии (номер, дата выдачи, дата окончания действия);

11) численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на дату подачи уведомления.

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

87. В день получения документов согласно пункту 86 настоящих Правил территориальный фонд осуществляет проверку их 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 в сети «Интернет» сведения, предусмотренные подпунктами 2, 3, 5, 10, 11, 12 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 электронный адрес.

89. При выявлении несоответствия сведений представленным в уведомлении в соответствии с пунктом 83 настоящих Правил документам, страховой медицинской организации предлагается внести 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, 5, 8, 9 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.

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 в сети «Интернет» единого реестра страховых медицинских организаций с указанием сведений, соответствующих подпунктам 2, 3, 5, 10, 11, 12, 13, 14 пункта 83.

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 обеспечивает контроль за соблюдением порядка включения (исключения) страховых медицинских организаций в реестр страховых медицинских организаций и мониторинг их деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

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

99. Ведение реестра медицинских организаций (организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы; индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность)¹⁶, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Российской Федерации (далее – реестр медицинских организаций), осуществляется территориальным фондом по форме согласно приложению № 3 к настоящим Правилам.

100. Реестры медицинских организаций субъектов Российской Федерации являются сегментами единого реестра медицинских организаций.

101. Ведение единого реестра медицинских организаций осуществляется Федеральным фондом.

102. Реестр медицинских организаций содержит следующие сведения:

1) код субъекта Российской Федерации по ОКАТО, где расположена медицинская организация;

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

3) полное и краткое наименование медицинской организации в

¹⁶ Пункт 1 и пункт 2 части 1 статьи 15 Федерального закона.

соответствии с ЕГРЮЛ;

4) фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность в соответствии с Единым государственным реестром индивидуальных предпринимателей (ЕГРИП);

5) КПП;

6) ИНН;

7) организационно-правовая форма медицинской организации;

8) адрес (место) нахождения медицинской организации;

9) адрес (место) нахождения индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность;

10) фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона и факс руководителя, адрес электронной почты;

11) номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность;

12) сведения о документе, дающем право в соответствии с законодательством Российской Федерации на осуществление медицинской деятельности (наименование, номер, дата выдачи и окончания срока действия);

13) виды медицинской помощи, оказываемые медицинской организацией в рамках территориальной программы;

14) дата включения медицинской организации в реестр медицинских организаций;

15) дата исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций;

16) причина исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций;

103. Медицинская организация, имеющая право на осуществление медицинской деятельности, для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, направляет уведомление о включении в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – уведомление), на бумажном носителе или в электронном виде до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

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 в сети «Интернет».

Уведомление содержит следующие сведения:

1) полное наименование медицинской организации;

2) фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность;

3) краткое наименование медицинской организации;

4) адрес (место) нахождения медицинской организации;

- 5) адрес (место) нахождения индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность;
- 6) КПП;
- 7) ИНН;
- 8) организационно-правовая форма медицинской организации;
- 9) фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты;
- 10) номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность;
- 11) наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия разрешения на медицинскую деятельность;
- 12) виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы;
- 13) мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей;
- 14) мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов;
- 15) фактически выполненные за предыдущий год (по ежегодным статистическим данным и данным бухгалтерского учета медицинской организации) объемы медицинской помощи по видам и условиям в разрезе профилей, специальностей, клинико-статистических групп/клинико-профильных групп (далее – КСГ/КПГ) по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования);
- 16) численность прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп);
- 17) предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям в разрезе профилей, врачей-специалистов, количеству вызовов скорой медицинской помощи, КСГ/КПГ по детскому и взрослому населению.

Информация о сроках и порядке подачи уведомления о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, размещается территориальным фондом на своем официальном сайте в сети «Интернет».

104. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации могут быть установлены иные сроки подачи уведомления вновь создаваемыми медицинскими организациями¹⁷.

Вновь создаваемыми медицинскими организациями для целей настоящей главы считаются медицинские организации, получившие

¹⁷ Часть 2 статьи 15 Федерального закона.

лицензии на осуществление медицинской деятельности на территории, на которой планируется оказание медицинской помощи, позднее 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

105. В случае направления уведомления в электронном виде медицинская организация в течение семи рабочих дней с даты направления уведомления представляет в территориальный фонд копии документов, заверенные подписью руководителя медицинской организации и печатью медицинской организации, подтверждающие сведения, указанные в пункте 103 настоящих Правил. При представлении уведомления на бумажном носителе одновременно представляются копии данных документов.

106. В день получения документов согласно пункту 105 настоящих Правил территориальный фонд осуществляет проверку их на соответствие сведениям, предусмотренным пунктом 103 настоящих Правил, при установлении соответствия данных вносит медицинскую организацию в реестр медицинских организаций и присваивает реестровый номер. Представитель медицинской организации вправе присутствовать при проверке соответствия документов и сведений, указанных в уведомлении.

107. Присвоенный медицинской организации реестровый номер территориальный фонд не позднее двух рабочих дней с даты присвоения направляет на указанный в уведомлении медицинской организации электронный адрес.

108. При выявлении несоответствия представленных документов сведениям, представленным в уведомлении в соответствии с пунктом 104 настоящих Правил, медицинской организации предлагается внести уточнения в уведомление с учетом срока, установленного частью 2 статьи 15 Федерального закона.

109. В случае изменения сведений о медицинской организации, указанных в подпунктах 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13 пункта 102 настоящих Правил, медицинская организация в течение двух рабочих дней с даты наступления этих изменений направляет в территориальный фонд в письменной форме новые сведения и документы, подтверждающие изменения сведений, для актуализации реестра медицинских организаций.

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

111. Медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, 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, расторжения договора на оказание

и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию или иных предусмотренных законодательством Российской Федерации случаев¹⁸.

112. Исключение медицинских организаций из реестра медицинских организаций в случаях, указанных в пункте 111 настоящих Правил, производится в течение одного рабочего дня с даты получения территориальным фондом указанных сведений.

113. Территориальный фонд размещает на своем официальном сайте в сети «Интернет» сведения, предусмотренные подпунктами 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 пункта 102 настоящих Правил, о медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, и сведения, предусмотренные подпунктами 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 пункта 102 настоящих Правил о медицинских организациях, исключенных из реестра медицинских организаций.

114. Федеральный фонд обеспечивает размещение на своем официальном сайте в сети «Интернет» единого реестра медицинских организаций с указанием сведений, предусмотренных подпунктами 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 пункта 102 настоящих Правил.

115. Территориальный фонд обеспечивает представление в Федеральный фонд изменений, внесенных в реестр медицинских организаций, в течение двух рабочих дней с даты внесения данных изменений.

116. Федеральный фонд обеспечивает контроль за соблюдением порядка включения (исключения) медицинских организаций в реестр медицинских организаций и мониторинг их деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

VII. 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. Сведения о принятом решении об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве (далее – решение) направляются не позднее десяти дней со дня принятия решения территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации территориальным фондам в порядке, установленном Фондом социального страхования Российской Федерации по согласованию с Федеральным фондом¹⁹.

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

¹⁸ Часть 4 статьи 15 Федерального закона.

¹⁹ Часть 2 статьи 32 Федерального закона.

застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования 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) фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица;
- 2) номер полиса;
- 3) дата рождения;
- 4) наименование документа, удостоверяющего личность;
- 5) серия и номер документа, удостоверяющего личность;
- 6) наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность;
- 7) дата выдачи документа, удостоверяющего личность;
- 8) дата несчастного случая на производстве;
- 9) дата начала лечения;
- 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.

VIII. Порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

121. В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы (далее – Комиссия), по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком, установленным настоящими Правилами.

122. При оплате медицинской помощи на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании счета на оплату медицинской помощи, сформированного исходя из количества прикрепленных к медицинской организации (обслуживаемых медицинской организацией) застрахованных лиц и подушевого норматива финансирования медицинской организации, рассчитанного в установленном порядке, в том числе с учетом представленных медицинской организацией персонифицированных реестров счетов, содержащих сведения о фактически оказанной застрахованным лицам, прикрепленным к медицинской организации, медицинской помощи.

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

124. Страховая медицинская организация в соответствии с договором о финансовом обеспечении представляет в территориальный фонд:

заявку на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее – Заявка на авансирование);

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.

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

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 увеличивается в пределах остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды.

125. Заявка на получение средств на оплату счетов должна содержать следующие сведения:

- 1) наименование страховой медицинской организации;
- 2) наименование территориального фонда;
- 3) период, на который составляется заявка;
- 4) дату и номер договора о финансовом обеспечении;
- 5) численность застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации, определенная как среднее значение между количеством застрахованных на первое число отчетного месяца и первое число текущего

месяца (далее - среднемесячная численность);

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

7) размер средств для оплаты медицинской помощи в пределах остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды (заполняется в случае недостатка средств, поступивших по дифференцированным подушевым нормативам);

8) дату составления заявки.

Заявка заверяется подписью руководителя и главного бухгалтера страховой медицинской организации и печатью страховой медицинской организации.

126. 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.

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.

При недостатке целевых средств, полученных по заявкам, для оплаты медицинской помощи средства предоставляются из нормированного страхового запаса территориального фонда в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом²⁰.

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

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

Средства на ведение дела страховых медицинских организаций направляются одновременно с направлением средств на авансирование и окончательный расчет за медицинскую помощь.

128. Территориальный фонд утверждает для страховых медицинских организаций дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящими Правилами.

²⁰ Приказ Федерального фонда от 1 декабря 2010 г. № 227 «О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 января 2011 г., регистрационный № 19588)

129. Расчет объемов финансирования страховых медицинских организаций по дифференцированным подушевым нормативам осуществляется территориальным фондом ежемесячно и утверждается директором территориального фонда.

130. Ежемесячно, в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем, за который страховой медицинской организацией будет осуществляться оплата медицинской помощи (далее – отчетный месяц), территориальный фонд, исходя из среднемесячной численности застрахованных лиц с учетом половозрастного состава в данной страховой медицинской организации и утвержденных дифференцированных подушевых нормативов, определяет и доводит до сведения страховых медицинских организаций объем средств для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц.

131. Предварительный объем финансирования каждой страховой медицинской организации (ФП) рассчитывается по формуле:

$$\text{ФП} = \sum D_i \times Ч_i, \text{ где:}$$

D_i – дифференцированный подушевой норматив для i -той половозрастной группы застрахованных лиц;

$Ч_i$ – среднемесячная численность застрахованных лиц в каждой страховой медицинской организации.

132. Общий предварительный объем финансирования страховых медицинских организаций (ОФП) рассчитывается по формуле:

$$\text{ОФП} = \sum_1^k \text{ФП}, \text{ где:}$$

k – количество страховых медицинских организаций.

133. В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование страховых медицинских организаций в расчетном месяце рассчитывается поправочный коэффициент (КП) по формуле:

$$\text{КП} = С \times Ч / \text{ОФП}, \text{ где}$$

$С$ – среднедушевой норматив финансирования страховых медицинских организаций;

$Ч$ – среднемесячная численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации.

134. Фактический объем финансирования каждой страховой медицинской организации (ФФ) определяется с учетом поправочного коэффициента по формуле:

$$\text{ФФ} = \text{ФП} \times \text{КП}.$$

135. Страховая медицинская организация, получившая 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, от территориального фонда, информирует его о принятых мерах по исключению из оплаты за оказание медицинской помощи застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве за счет средств обязательного медицинского страхования не позднее трех рабочих дней со дня принятия соответствующих мер.

136. Территориальный фонд и страховая медицинская организация ежемесячно проводят сверку расчетов, по результатам которой составляют акт сверки расчетов (далее – Акт).

Акт должен содержать следующие сведения:

- 1) наименование территориального фонда;
- 2) наименование страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации);
- 3) дата, по состоянию на которую производится сверка расчетов;
- 4) остаток целевых средств в страховой медицинской организации на начало отчетного периода;
- 5) объем поступивших целевых средств всего, в том числе:
 - а) по дифференцированным подушевым нормативам;
 - б) за счет остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды;
 - в) из средств нормированного страхового запаса;
 - б) объем поступивших средств, предназначенных на расходы на ведение дела страховой медицинской организации;
- 7) средства, полученные от применения к медицинским организациям санкций за нарушения согласно пункту 144 настоящих Правил, в том числе:
 - а) по результатам медико-экономического контроля;
 - б) по результатам медико-экономической экспертизы;
 - в) по результатам экспертизы качества медицинской помощи;
 - г) по результатам уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;
- 7.1) средства, направленные в территориальный фонд в соответствии с пунктом 2 части 6.3 статьи 26 Федерального закона, в том числе:
 - а) по результатам проведения медико-экономического контроля;
 - б) по результатам проведения медико-экономической экспертизы;
 - в) по результатам проведения экспертизы качества медицинской помощи;
 - г) по результатам уплаты штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;
- 8) средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц;

9) направлено средств на оплату медицинской помощи в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи;

10) сформировано собственных средств страховой медицинской организацией, в том числе:

а) средства, предназначенные на расходы на ведение дела страховой медицинской организации;

б) средства, сформированные по результатам проведения медико-экономической экспертизы;

в) средства, сформированные по результатам проведения экспертизы качества медицинской помощи;

г) средства, сформированные по результатам уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

д) средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц;

11) остаток средств, возвращенный в территориальный фонд;

12) остаток целевых средств в страховой медицинской организации на конец отчетного периода.

Акт заверяется подписями руководителя и главного бухгалтера территориального фонда, руководителя и главного бухгалтера страховой медицинской организации и печатями территориального фонда и страховой медицинской организации.

137. Страховая медицинская организация направляет средства на оплату медицинской помощи в медицинские организации в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – договор на оказание и оплату медицинской помощи), заключаемым с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы и которым решением Комиссии установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой.

138. Оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежит объем предоставления медицинской помощи, установленный на год с поквартальной разбивкой и обоснованной последующей корректировкой, учитывающий:

1) количество прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь амбулаторно, 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 специальностей врачей;

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 стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания по заболеваниям и состояниям в полном объеме при отсутствии или недостаточности у медицинских организаций данных диагностических и (или) консультативных услуг, в целях учета в договорах с медицинскими организациями, оказывающими только указанные услуги в соответствии с правом на их осуществление;

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

5) территориальную доступность отдельных видов медицинской помощи;

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

7) права пациента на выбор медицинской организации и врача;

8) возможность достижения оптимальной медицинской, экономической и социальной эффективности использования материально-технических и финансовых ресурсов;

9) возможность достижения социально значимых показателей деятельности здравоохранения, ориентированных на результат.

139. При оплате первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по тарифам на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации учитывается численность застрахованных лиц, прикрепившихся к конкретной медицинской организации (врачу), и объем средств на данный вид медицинской помощи в соответствии со статьями затрат, включенными в территориальную программу. При оплате скорой медицинской помощи по тарифам на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации учитывается численность обслуживаемого населения из числа застрахованных лиц и объем средств на данный вид медицинской помощи в соответствии со статьями затрат, включенными в территориальную программу.

140. Территориальный фонд доводит тарифы на основе подушевого норматива финансирования медицинских организаций до страховых медицинских организаций.

При определении ежемесячного объема финансирования конкретной медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь, страховые медицинские организации учитывают численность прикрепившихся застрахованных лиц на основе акта сверки численности по договору на оказание и оплату медицинской помощи и тарифы, установленные на основе подушевого норматива финансирования.

141. Медицинская организация ежемесячно формирует и направляет в страховую медицинскую организацию:

1) заявку на авансирование медицинской помощи, с указанием периода

авансирования и суммы;

2) счет на оплату медицинской помощи и реестр счета.

Счет на оплату медицинской помощи должен быть заверен подписью руководителя и главного бухгалтера медицинской организации и печатью медицинской организации.

Реестр счета должен содержать, в том числе, следующие сведения:

1) наименование медицинской организации;

2) ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ;

3) период, за который выставлен счет;

4) номер позиции реестра;

5) сведения о застрахованном лице:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата и место рождения;

данные документа, удостоверяющего личность;

номер полиса;

6) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:

вид оказанной медицинской помощи (код);

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

дату начала и дату окончания лечения;

объемы оказанной медицинской помощи;

профиль оказанной медицинской помощи (код);

специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);

тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу;

стоимость оказанной медицинской помощи;

результат обращения за медицинской помощью (код).

При оплате амбулаторной медицинской помощи на основе подушевого финансового обеспечения в реестр счета могут включаться дополнительные сведения в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, применяемыми в субъекте Российской Федерации.

При оказании медицинской помощи лицу, не предъявившему полис в случаях, предусмотренных Федеральным законом, медицинская организация направляет ходатайство в территориальный фонд для идентификации лица в регистре застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию. После идентификации застрахованного лица сведения об оказанной медицинской помощи включаются в счет на оплату медицинской помощи.

142. С учетом представленных реестров счетов страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с Приказом Федерального фонда от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления

медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 января 2011 г., регистрационный № 19614) (далее – порядок организации и проведения контроля).

143. 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.

144. 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.

145. Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{\text{шт}}, \text{ где:}$$

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

$C_{\text{шт}}$ – размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

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

$$H = PT \times K_{\text{НО}}, \text{ где:}$$

PT – размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

$K_{\text{НО}}$ – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее – Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля:

Размер $K_{\text{НО}}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,1	3.1; 3.2.1; 4.2; 4.3

Размер $K_{НО}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,3	3.2.2; 3.5; 3.12; 3.13
0,4	3.2.3; 3.3.2; 3.10
0,5	1.5; 3.4; 3.5; 4.4
0,6	3.8
0,7	3.7
0,8	3.6
0,9	3.2.4; 3.11; 3.14; 4.4
1,0	1.4; 3.2.5; 3.10; 4.1; 4.5; 4.6; 4.6.2; раздел 5

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены (пункт 4.6.1 Перечня оснований), страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

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

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$$C_{ШТ} = РП_{А \text{ базовый}} \times K_{ШТ}, \text{ где:}$$

$РП_{А \text{ базовый}}$ – подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий представления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{ШТ}$ – коэффициент для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации;

$$C_{ШТ} = РП_{СМП \text{ базовый}} \times K_{ШТ}, \text{ где:}$$

$РП_{СМП \text{ базовый}}$ – подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля

объемов, сроков, качества и условий представления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{шт}$ – коэффициент для определения размера штрафа;

3) при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

$$C_{шт} = РП_{ст} \times K_{шт}, \text{ где:}$$

$РП_{ст}$ – подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования на дату проведения на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий представления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{шт}$ – коэффициент для определения размера штрафа.

Коэффициент для определения размера штрафа ($K_{шт}$) устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:

Размер $K_{шт}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,3	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6; 3.7; 3.13; 4.6.1
0,5	1.5
1,0	1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.14; 4.6.2
3,0	1.2.2; 1.3.2; 3.2.5

148. При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией медико-экономического контроля медицинская организация вправе доработать и представить в страховую медицинскую организацию отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее 25 рабочих дней с даты получения акта от страховой медицинской организации, сформированного по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи.

149. При превышении в отчетном месяце объема средств, направленных в медицинскую организацию в соответствии с заявкой на авансирование медицинской помощи, над суммой счета на оплату медицинской помощи, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в следующем месяце размер заявки на авансирование медицинской помощи уменьшается на сумму средств указанного превышения, за исключением случаев, установленных частью б статьи 38 Федерального закона, связанных с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества

застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту.

150. 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.

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.

151. 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, медицинская организация возвращает в страховую медицинскую организацию средства в объеме указанного превышения.

При не возврате медицинской организацией указанных средств до следующего направления в медицинскую организацию средств авансирования медицинской помощи, размер заявки на авансирование медицинской помощи уменьшается на сумму средств, подлежащих возврату в страховую медицинскую организацию.

152. В соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона за использование не по целевому 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 нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки исполнения требований территориального фонда. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

153. 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 или медико-экономической экспертизы в соответствии с порядком организации и проведения контроля.

154. Территориальный фонд направляет в страховые медицинские организации и медицинские организации средства нормированного страхового запаса в порядке, установленном Приказом Федерального фонда от 1 декабря 2010 г. № 227 «О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 января 2011 г., регистрационный № 19588).

155. Медицинская организация и страховая медицинская организация в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи ежемесячно проводят сверку расчетов и составляют акт.

Акт сверки расчетов должен содержать следующие сведения:

1) сумма задолженности по оплате медицинской помощи на начало отчетного месяца;

2) общая сумма средств на оплату медицинской помощи по предъявленным счетам на месяц;

3) сумма средств, сформированная за нарушения, выявленные 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;

3.1) сумма средств, удержанных 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;

4) сумма 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;

5) перечисленная сумма средств;

6) сумма средств, возвращенная медицинской организацией;

7) задолженность по оплате медицинской помощи на конец отчетного месяца.

156. Территориальный фонд и медицинская организация ежемесячно ежеквартально проводят сверку расчетов и составляют акт о финансовом обеспечении мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, приобретению медицинского оборудования, а также проведению ремонта медицинского оборудования.

Акт сверки должен содержать следующие сведения:

- 1) наименование территориального фонда;
- 2) наименование медицинской организации;
- 3) дата, по состоянию на которую производится сверка расчетов;
- 4) остаток целевых средств в медицинской организации на начало отчетного периода;
- 5) объем поступивших целевых средств из средств нормированного страхового запаса по каждому мероприятию;
- 6) использовано средств для финансового обеспечения по каждому мероприятию;
- 7) остаток целевых средств в медицинской организации на конец отчетного периода;
- 8) средства, использованные не по целевому назначению, возвращенные в территориальный фонд.

IX. Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого они застрахованы

157. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, в объеме, установленном базовой программой, не позднее 25 рабочих дней с даты представления счета (реестра счета) медицинской организацией с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Территориальный фонд субъекта Российской Федерации, на территории которого лицо застраховано (далее – территориальный фонд по месту страхования), осуществляет возмещение средств территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи не позднее 25 рабочих дней с даты получения счета (реестра счета), предъявленного территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи, в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, установленными для медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи²¹.

Территориальный фонд субъекта Российской Федерации, на территории которого оказана медицинская помощь, принимает меры по исключению оплаты за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого они застрахованы.

158. Территориальные фонды осуществляют расчеты за медицинскую

²¹ Часть 8 статьи 34 Федерального закона.

помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, в объеме, установленном базовой программой (далее – межтерриториальные расчеты), за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда.

159. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи застрахованным лицам и территориальный фонд по месту страхования осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля.

160. 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 Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 г. № 29н «Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2011 г., регистрационный № 19742).

161. При технической невозможности осуществления данного обмена в электронном виде с соблюдением требований к усиленной квалифицированной электронной подписи подлинность сведений, представленных в электронном виде, должна подтверждаться документом в бумажном виде, поступившим в течение 25 рабочих дней с даты предъявления счета в электронном виде.

162. Медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и оказавшая медицинскую помощь застрахованному лицу, формирует и направляет счет и реестр счета за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого они застрахованы (далее – реестр), в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи 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 и печатью медицинской организации.

Реестр счета за медицинскую помощь должен содержать, в том числе, следующие сведения:

- 1) наименование медицинской организации;
- 2) ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ;
- 3) период, за который выставлен счет;
- 4) номер позиции реестра;
- 5) сведения о застрахованном лице:
фамилия, имя, отчество (при наличии);
пол;
дата и место рождения;
вес при рождении (для новорожденных);

данные документа, удостоверяющего личность;

б) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи: вид оказанной медицинской помощи (код); основной диагноз в соответствии с МКБ-10; сопутствующий диагноз в соответствии с МКБ-10 (при наличии); осложнение заболевания в соответствии с МКБ-10 (при наличии); вид медицинского вмешательства в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (при наличии); дату начала и дату окончания лечения; объемы оказанной медицинской помощи; профиль оказанной медицинской помощи (код); специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код); тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу (сведения о коде и наименовании примененного тарифа в соответствии с действующим в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи тарифным соглашением, в том числе о наименовании и номере клинко-статистической группы (при наличии)); стоимость оказанной медицинской помощи; результат обращения за медицинской помощью (код).

163. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи проводит медико-экономический контроль предъявленного медицинской организацией счета и реестра счета и при отсутствии дефектов и нарушений, изложенных в порядке организации и проведения контроля (далее – причины), требующих дополнительного рассмотрения реестра, осуществляет оплату оказанной медицинской помощи.

164. При наличии причин, требующих дополнительного рассмотрения реестра, территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи организует и проводит медико-экономическую экспертизу и (или) экспертизу качества медицинской помощи.

При несогласии территориального фонда по месту страхования с результатами медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи территориальные фонды согласовывают кандидатуру специалиста – эксперта и (или) эксперта качества медицинской помощи, и территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи проводит соответствующую экспертизу повторно в срок, не превышающий 10 рабочих дней.

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 страхованию²².

165. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты представления счета медицинской организацией производит оплату его с учетом результатов

²² Часть 10 статьи 40 Федерального закона.

проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и направляет территориальному фонду по месту страхования счет.

Данный счет содержит следующие сведения:

- 1) номер позиции счета;
- 2) наименование субъекта Российской Федерации, на территории которого оказана медицинская помощь;
- 3) наименование субъекта Российской Федерации, в котором застрахованному лицу выдан полис;
- 4) реестровый номер медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь;
- 4) период, за который выставлен счет;
- 5) сведения о застрахованных лицах, которым оказана медицинская помощь в разрезе застрахованных лиц:
 - фамилия, имя, отчество (при наличии);
 - пол;
 - дата и место рождения;
 - данные документа, удостоверяющего личность;
 - номер полиса;
- 6) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:
 - вид оказанной медицинской помощи (код);
 - диагноз в соответствии с МКБ-10;
 - дату начала и дату окончания лечения;
 - объемы оказанной медицинской помощи;
 - профиль оказанной медицинской помощи (код);
 - специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);
 - тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу (сведения о коде и наименовании примененного тарифа в соответствии с действующим в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи тарифным соглашением, в том числе о номере и наименовании клиничко-статистической группы (при наличии));
 - стоимость оказанной медицинской помощи;
 - результат обращения за медицинской помощью (код).
- 7) вид информации: 0 - основная, 1 - исправленная;
- 8) сведения о результатах проведенного территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Счет должен быть заверен подписью руководителя и главного бухгалтера территориального фонда и печатью территориального фонда.

166. Территориальный фонд по месту страхования не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения счета в электронном виде, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью, проводит медико-экономический контроль счета, возмещение средств по счету с учетом результатов проведенного медико-экономического контроля и

при наличии причин, требующих дополнительного рассмотрения, направляет в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи акт о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, в котором указываются позиции счета, не принятые к возмещению полностью или частично, с указанием причин их дополнительного рассмотрения.

Акт о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, должен содержать следующие сведения:

- 1) реквизиты счета, требующего дополнительного рассмотрения;
- 2) номер позиции счета;
- 3) номер полиса;
- 4) сумма по счету;
- 5) сумма, не принятая к оплате;

6) дефект, нарушение в соответствии с порядком организации и проведения контроля (код).

167. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения в электронном виде акта о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, и протокола обработки реестра проводит медико-экономическую экспертизу и (или) экспертизу качества медицинской помощи страховых случаев по не принятым к возмещению частично или полностью позициям счета и повторно направляет по ним исправленную часть счета с приложением сведений о результатах проведенной медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества указанных страховых случаев в территориальный фонд по месту страхования в соответствии с пунктом 157 настоящих Правил.

168. Позиции счета, требующие повторного рассмотрения, принимаются территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи по факту поступления от территориального фонда по месту страхования в электронном виде с составлением акта о суммах, не принятых к возмещению по выставленному счету. При получении дополнительной информации к позициям счета принятые суммы возмещаются.

Акт о причинах, не принятых к оплате по выставленному счету, должен содержать следующие сведения:

- 1) реквизиты счета;
- 2) номер позиции счета;
- 3) номер полиса;
- 4) сумма по счету;
- 5) сумма, не принятая к оплате;

6) дефект, нарушение в соответствии с порядком организации и проведения контроля (код).

169. Оплата исправленной части счета производится территориальным фондом по месту страхования не позднее десяти рабочих дней с даты получения информации от территориального фонда по месту оказания медицинской помощи в электронном виде, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью.

170. Причинами, требующими дополнительного рассмотрения

отдельных позиций счета, являются случаи, изложенные в порядке организации и проведения контроля.

171. Не подлежит межтерриториальным расчетам медицинская помощь по видам, не входящим в базовую программу.

172. 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 субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, указанные суммы подлежат возврату в бюджет территориального фонда по месту страхования.

173. Обращение с реестрами осуществляется в соответствии с правилами обращения с документами, содержащими информацию ограниченного доступа, не относящуюся к государственной тайне.

174. Сверка расчетов по счетам проводится ежегодно за период с 1 января по 31 декабря отчетного года включительно (далее – отчетный период) с оформлением акта сверки счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого они застрахованы (далее – акт сверки).

Акт сверки должен содержать следующие сведения:

- 1) сальдо на начало отчетного периода с указанием номера, даты счета и суммы;
- 2) номер счета, дата;
- 3) суммы счетов предъявленных к возмещению, возмещенных и отказанных в возмещении;
- 4) сальдо на конец отчетного периода с указанием номера, даты счета и суммы.

175. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи составляет акт сверки по счетам, выставленным к возмещению территориальным фондам по месту страхования, в двух экземплярах и направляет до 15 ноября отчетного года в территориальные фонды по месту страхования.

176. Территориальный фонд по месту страхования, получивший акт сверки, производит сверку данных и один экземпляр акта сверки в срок до 15 декабря отчетного года направляет в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи.

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

177. 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.

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

- ноль – четыре года мужчины/женщины;
- пять – семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать – пятьдесят девять лет мужчины;
- восемнадцать – пятьдесят четыре года женщины;
- шестьдесят лет и старше мужчины;
- 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.

179. Дифференцированные подушевые нормативы рассчитываются в следующей последовательности:

1) рассчитываются коэффициенты дифференциации ($K_{Дi}$) 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 территориального фонда 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 (P) в субъекте Российской Федерации (без учета возраста и пола) по формуле:

$$P = Z / M / Ч, \text{ где:}$$

Z – затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;

M – 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 (P_i), по формуле:

$P_i = Z_i / M / Ч_i$, где:

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

M – 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:

$$КД_i = P_i / P ;$$

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

$$C = (П - \Delta Н - У - Р) / Ч , \text{ где:}$$

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

$\Delta Н$ – 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;

$У$ – размер средств обязательного медицинского страхования, направленных в расчетном месяце на осуществление управленческих функций территориального фонда, в пределах лимитов 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:

$$Д_i = C \times КД_i , \text{ где:}$$

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

C – среднедушевой норматив финансирования страховой медицинской организации;

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

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

180. Расчет тарифов может осуществляться на единицу объема медицинской помощи (1 случай госпитализации, 1 обращение в связи с заболеванием, 1 законченный случай при оплате диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, 1 пациенто-день лечения, 1 вызов скорой медицинской помощи), на медицинскую услугу, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

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

182. 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 обязательного медицинского страхования в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования за счет средств субвенций из бюджета Федерального фонда и межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджет территориального фонда.

183. Тарифы могут устанавливаться медицинским организациям на срок до трех лет и индексироваться при условии участия таких медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования в указанном периоде.

184. Для установления тарифов могут использоваться следующие методы определения затрат:

- 1) нормативный;
- 2) структурный;
- 3) экспертный.

185. В случае наличия утвержденных нормативов затрат, выраженных в натуральных показателях, в том числе нормативов питания, оснащения мягким инвентарем, медикаментами, 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.

186. 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 персонала, участвующего непосредственно в оказании медицинской помощи (медицинской услуги); численности персонала, участвующего непосредственно в оказании медицинской помощи (медицинской услуги); площади помещения, используемого для оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

187. 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).

188. Выбор метода(ов) определения затрат для каждой группы затрат осуществляется в зависимости от условий оказания медицинской помощи, территориальных и иных особенностей оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

189. Тариф за единицу объема медицинской помощи (медицинской услуги) учитывает затраты на оказание соответствующей единицы объема медицинской помощи (медицинской услуги) на соответствующий финансовый год. Установление тарифов за единицу объема медицинской помощи (медицинской услуги) осуществляется с учетом требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, устанавливаемых Федеральным фондом.

190. При расчете тарифов учитываются 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).

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

- затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

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

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

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

Группы затрат могут быть дополнительно детализированы.

192. 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).

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

- затраты на коммунальные услуги;

- 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);

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

- затраты на приобретение услуг связи;

- затраты на приобретение транспортных услуг;

- 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));

- затраты на амортизацию оборудования, непосредственно не

используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

- прочие затраты на общехозяйственные нужды.

Группы затрат могут быть дополнительно детализованы.

194. 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 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 Федерации²³.

195. 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).

196. 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 обязательного медицинского страхования.

²³ Постановление Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2017 г. № 1492 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2017, № 51, ст. 7806).

Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 2, ст. 130; № 45, ст. 5863; 2014, № 19, ст. 2468; 2015, № 36, ст. 5087; 2016, № 21, ст. 3087; 2017, № 30, ст. 4720).

197. 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:

- затраты на холодное водоснабжение и водоотведение;
- затраты на горячее водоснабжение;
- затраты на теплоснабжение;
- 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.

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

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

$N_{\text{ХВ,вод}}$ – затраты на холодное водоснабжение и водоотведение;

$T_{\text{ХВ}}$ – тариф на холодное водоснабжение, установленный на соответствующий финансовый год;

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

$T_{\text{вод}}$ – тариф на водоотведение, установленный на соответствующий финансовый год;

$V_{\text{вод}}$ – объем водоотведения в соответствующем финансовом году.

199. 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:

$$\sum_{i=1}^4 N_i = \sum_{i=1}^4 (T_i \times V_i), \text{ где:}$$

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.

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

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

затраты на эксплуатацию системы охранной сигнализации и противопожарной безопасности;

- затраты на аренду недвижимого имущества;

- 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;

- затраты на содержание прилегающих территорий в соответствии с утвержденными санитарными правилами и нормами;

- прочие затраты на содержание недвижимого имущества.

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

- затраты на техническое обслуживание и текущий ремонт движимого имущества;

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

- 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;

- затраты на обязательное страхование гражданской ответственности владельцев транспортных средств;

- прочие затраты на содержание движимого имущества;

- затраты на арендную плату движимого имущества.

203. 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.

204. 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.

205. 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 обязательного медицинского страхования.

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

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

- 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);

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

- 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;

- пропорционально иному выбранному показателю.

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

Расчет стоимости медицинской помощи (медицинской услуги)

(наименование медицинской услуги)

№ п/п	Наименование статей затрат	Сумма (руб.)
1.1.	Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги)	
1.2.	Затраты на приобретение материальных запасов, потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги)	
1.3.1	Сумма начисленной амортизации основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги)	
1.3.2	Сумма начисленной амортизации основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу, используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги) ²⁴	
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)	
2.7.1	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)	

²⁴ Заполняется в случае, если указанные расходы включены в территориальную программу обязательного медицинского страхования.

№ п/п	Наименование статей затрат	Сумма (руб.)
2.7.2	Сумма начисленной амортизации зданий, сооружений и других основных фондов, включая основные средства (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу, непосредственно не связанных с оказанием 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)	

208. Тариф за пролеченного больного рассчитывается исходя из затрат на оказание медицинских услуг с учетом их перечня, среднего количества, частоты применения и стоимости; затрат на лекарственные препараты с учетом их перечня, разовых и курсовых доз и стоимости; стоимости применяемых в процессе лечения изделий медицинского назначения; перечня препаратов крови с указанием количества, частоты предоставления и стоимости; перечня диетического (лечебного и профилактического) питания с указанием количества, частоты его предоставления и стоимости.

При расчете стоимости пролеченного больного с применением способа оплаты по клинико-статистическим группам учитываются коэффициенты затратно-емкости по клинико-статистическим группам, уровень оказания медицинской помощи, коэффициенты, определяющие сложность лечения пациента, а также степень внедрения современных методов лечения, ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий.

209. Расчет тарифа на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации осуществляется исходя из данных об объеме средств в соответствии с установленной долей средств для подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи и численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц. При определении доли средств подушевого финансирования учитывается соотношение объема медицинской помощи, включенного в подушевой норматив, к общему объему оказанной медицинской помощи. В подушевой норматив финансирования медицинской организации могут включаться виды и объемы медицинской помощи, определенные территориальной программой.

210. 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.

Коэффициент половозрастных затрат для конкретной медицинской организации рассчитывается с использованием относительных

коэффициентов половозрастных затрат для каждой половозрастной группы прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц и их численности в этой группе. Относительные коэффициенты половозрастных затрат учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения. Величина относительных коэффициентов рассчитывается территориальным фондом на основании фактических данных об объемах и стоимости амбулаторно-поликлинической помощи для каждой половозрастной группы за определенный период, предшествующий расчетному.

**ХII. 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**

211. 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).

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

213. 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 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:
фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;
дата и место рождения;
данные документа, удостоверяющего личность;
номер полиса;
наименование страховой медицинской организации;
дата 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 лечения;
объемы оказанной медицинской помощи;
профиль оказанной медицинской помощи (код);
специальность 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 принявшим уведомление о включении в реестр медицинских организаций, и объемов оказанной медицинской помощи в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации на дату выставления счета.

214. Территориальный фонд по месту страхования застрахованного лица 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.

215. Территориальный фонд по месту страхования застрахованного лица 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.

216. 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 применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.²⁵

²⁵ Часть 10 статьи 40 Федерального закона.

217. Территориальный фонд по месту страхования застрахованного лица в течение 25 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.

218. 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, дата 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.

219. Территориальный фонд по месту страхования застрахованного лица 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.

220. 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.

221. 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 Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 г. № 29н «Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2011 г., регистрационный № 19742).

222. 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.

223. 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.

XIII. Требования к размещению страховыми медицинскими организациями информации

224. Страховые медицинские организации размещают на собственных официальных сайтах в сети «Интернет», 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, медицинской организации;
- 10) о порядке получения полиса, в том числе:
 - заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации;
 - заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса;
 - адреса и режим работы пунктов выдачи полисов;
 - адреса официальных сайтов в сети "Интернет" 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;
- 11) об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным

законом.

225. Вышеперечисленная информация должна быть размещена на главной странице собственного официального сайта страховой медицинской организации в сети «Интернет» следующими способами:

1) непосредственно в виде текста, а при необходимости должны содержать таблицы, графики, диаграммы, графические изображения;

2) в виде активных ссылок, при активации которых пользователь получает доступ к страницам сайта, содержащим информацию, указанную в пункте 224 настоящих Правил;

3) в виде пиктограмм, обозначающих размещенные файлы, содержащие информацию, указанную в пункте 224 настоящих Правил.

226. 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.

227. Размещаемая на официальном сайте информация подлежит актуализации не позднее трех рабочих дней с момента ее изменения.

228. Опубликование в средствах массовой информации (включая электронные) информации, указанной в пункте 224 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.

229. При размещении на официальном сайте в сети «Интернет» или в средствах массовой информации, включая электронные, персональных данных необходимо учитывать требования законодательства Российской Федерации, определяющих необходимость получения согласия субъекта персональных данных на их опубликование в открытых источниках.

230. Размещению на официальном сайте страховой медицинской организации в сети «Интернет» и средствах массовой информации не подлежит информация, содержащая государственную или иную охраняемую тайну.

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

231. В соответствии со статьей 14 Федерального закона страховая медицинская организация в порядке, установленном Правилами, осуществляют информационное сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи.

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

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

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

порядке получения полиса;

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

прохождении диспансеризации в соответствии с Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 3 февраля 2015 г. № 36ан (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 февраля 2015 г., регистрационный № 36268);

прохождении профилактического медицинского осмотра в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 6 декабря 2012 г. № 1011н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 декабря 2012 г., регистрационный № 26511);

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

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

Страховые медицинские организации обеспечивают информационное сопровождение застрахованных лиц через страховых представителей всех уровней.

233. Работа страховых представителей в целях информационного сопровождения организуется страховой медицинской организацией по трем уровням.

Страховой представитель 1 уровня это специалист контакт-центра страховой медицинской организации, прошедший подготовку на базе страховой медицинской организации, обеспечивающий предоставление по устным обращениям застрахованных лиц информацию по вопросам обязательного медицинского страхования справочно-консультативного характера и маршрутизацию вопросов, требующих рассмотрения иными специалистами.

Страховой представитель 1 уровня проводит информирование

застрахованных лиц о необходимости прохождения профилактических мероприятий, проводит опрос застрахованных лиц о качестве и доступности медицинской помощи.

Страховой представитель 2 уровня – специалист страховой медицинской организации, прошедший специальную подготовку на базе высшего учебного заведения по утвержденной программе с получением подтверждающего документа, обеспечивающий организацию информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий. Страховой представитель 2 уровня ведет работу по формированию списков лиц, подлежащих диспансеризации, организует оповещение застрахованных лиц о необходимости прохождения профилактических мероприятий, осуществляет мониторинг и анализ результатов профилактических мероприятий, в том числе диспансеризации. Готовит предложения по организации диспансеризации для медицинских организаций.

Страховой представитель 3 уровня – специалист-эксперт страховой медицинской организации или эксперт качества медицинской помощи, прошедший специальную подготовку на базе высшего учебного заведения специальную подготовку по соответствующей программе с получением подтверждающего документа, деятельность которого направлена на работу с письменными обращениями застрахованных лиц, включая организацию экспертизы качества оказанной им медицинской помощи и обеспечение при наличии индивидуального согласия их информационного сопровождения при организации оказания медицинской помощи, в том числе обеспечение индивидуального информирования и сопровождение застрахованных лиц по результатам диспансеризации.

Страховой представитель 3 уровня ведет работу по формированию у застрахованных лиц приверженности к здоровому образу жизни, сохранению здоровья.

Деятельность страховых представителей страховых представителей всех уровней организуется на функциональной основе или организационной основе путем создания новых структурных подразделений.

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

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

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

236. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. № 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 № 24278) и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 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 № 27617) при выдаче направления на госпитализацию в плановом порядке лечащий врач обязан информировать застрахованное лицо или его законного представителя о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание специализированной медицинской помощи с учетом сроков ожидания указанного вида медицинской помощи, установленных территориальной программой, а также о выборе медицинской организации и принятии на медицинское обслуживание для оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы.

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

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

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

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

239. Территориальный фонд обеспечивает внесение в информационный ресурс информации об установленных Комиссией объемах предоставления медицинской помощи для медицинских организаций и страховых медицинских организаций не позднее 2 рабочих дней с даты принятия

Комиссией решений о распределении (перераспределении) указанных объемов 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 2 рабочих дней с момента принятия Комиссией решений.

240. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, обеспечивает внесение в информационный ресурс список граждан, подлежащих диспансеризации и профилактическому медицинскому осмотру в текущем календарном году, и план проведения диспансеризации на текущий календарный год с поквартальной/помесячной разбивкой в разрезе терапевтических участков (участков врача общей практики, фельдшерских участков) не позднее 2 рабочих дней с даты утверждения (изменения) указанного плана.

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

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

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

застрахованных лицах, госпитализированных за день по направлениям/талонам 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);

застрахованных лицах, госпитализированных в экстренном порядке;

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

242. 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 выбранную медицинскую организацию на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, включая дату госпитализации.

243. 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, начавших проходить диспансеризации, завершивших первый этап диспансеризации, направленных на второй этап диспансеризации, завершивших второй этап диспансеризации, прошедших профилактический медицинский осмотр, за истекшие сутки.

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

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

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

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

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

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

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

246. Страховая медицинская организация ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени информирует каждую медицинскую организацию, с которой у нее заключен договор на оказание и оплату

медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную медицинскую помощь:

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;

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

247. Страховая медицинская организация ведет учет застрахованных лиц, относящихся к возрастным периодам, подлежащим профилактическим осмотрам, в том числе диспансеризации в текущем календарном году в соответствии с установленным порядком и осуществляет в течение года публичное информирование застрахованных лиц о целях и задачах профилактических осмотров, том числе, диспансеризации и порядке их проведения через публикации в средствах массовой информации, распространение брошюр и памяток, выступления в коллективах застрахованных, через размещение информации в сети «Интернет».

248. Медицинские организации средствами единого информационного ресурса предоставляют в территориальный фонд в срок не позднее 31 января текущего года, сведения о лицах, из числа выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи, включенных в списки для проведения I этапа диспансеризации в соответствии с планом проведения диспансеризации в медицинской организации на текущий календарный год.

249. Территориальный фонд в течение пяти рабочих дней с момента предоставления медицинской организацией сведений в соответствии с пунктом 247 Правил, на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц осуществляет автоматизированную обработку полученных от медицинских организаций сведений, в целях:

идентификации страховой принадлежности застрахованных лиц, включенных медицинской организацией в списки для проведения I этапа диспансеризации;

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.

250. Медицинская организация по истечении сроков, определённых пунктом 249 Правил, в течение пяти рабочих дней средствами единого информационного ресурса вносит необходимые корректировки в сведения, предоставленные в соответствии с пунктом 247 Правил, и направляет в

страховые медицинские организации с учетом результатов идентификации сведения о лицах, включенных в списки для проведения I этапа диспансеризации на текущий календарный год, распределенные поквартально с учетом имеющихся возможностей для самостоятельного выполнения работ (услуг), необходимых для проведения диспансеризации в полном объеме, или привлечения для выполнения некоторых видов работ (услуг) иных медицинских организаций на основании заключенного договора.

251. Страховая медицинская организация в случае не выполнения медицинской организацией обязательств по своевременному предоставлению сведений о лицах, включенных в списки для проведения I этапа диспансеризации и их поквартальном распределении, применяет к медицинской организации меры воздействия, предусмотренные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также информирует территориальный фонд о перечне медицинских организаций, не исполнивших данные обязательства в установленные сроки.

252. 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.

253. Медицинская организация средствами единого информационного ресурса ежемесячно формирует и предоставляет страховой медицинской организации сведения о лицах, включенных в списки для проведения I этапа диспансеризации.

254. Страховой представитель не реже одного раза в квартал осуществляет информирование застрахованных лиц, подлежащих диспансеризации или профилактическому медицинскому осмотру в текущем году, в том числе не прошедших данные мероприятия, или законных представителей этих застрахованных лиц о возможности прохождения диспансеризации или профилактического медицинского осмотра. Каждое застрахованное лицо, включенное в список для прохождения профилактических осмотров, информируется один раз и один раз повторно, при неявке на профилактические мероприятия.

Медицинская организация, ежемесячно направляет в единый информационный ресурс сведения о застрахованных лицах, направленных на II этап диспансеризации. Страховой представитель один раз информирует застрахованных лиц, направленных на II этап диспансеризации о необходимости прохождения II этапа и один раз повторно при неявке на II этап диспансеризации.

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

256. 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.

Приложение № 1
к Правилам обязательного
медицинского страхования,
утвержденным приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «___» _____ 2018 г. № ____

**ПОЛОЖЕНИЕ
О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОМИССИИ ПО РАЗРАБОТКЕ
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ
ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

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. Изменения в состав Комиссии вносятся не реже 1 раза в 3 года.

4. Комиссия:

- 1) разрабатывает проект территориальной программы;
- 2) в соответствии с нормативными правовыми актами, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения разрабатывает и устанавливает показатели эффективности деятельности медицинских организации, позволяющие провести оценку возможности участия медицинской организации в реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в части заявленных объемов оказания медицинской помощи.
- 3) на основании критериев, разрабатываемых и устанавливаемых

Комиссией, распределяет объемы предоставления медицинской помощи и соответствующие им финансовые средства между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями (за исключением медицинских организаций, находящихся за пределами Российской Федерации), включенными в реестр медицинских организаций), до 1 января года, на который осуществляется распределение;

4) осуществляет рассмотрение тарифов и формирование тарифного соглашения в соответствии с требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения;

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. Для рассмотрения отдельных вопросов и подготовки необходимых предложений, оперативной корректировки объемов предоставления медицинской помощи, распределенных между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, при Комиссии могут создаваться рабочие группы, состоящие из членов Комиссии и иных лиц, привлеченных к ее работе.

6. Комиссия в целях разработки проекта территориальной программы на заседаниях:

1) рассматривает предложения 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;

2) рассматривает информацию исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья по объемам медицинской помощи, требуемым для предоставления застрахованным лицам на предстоящий год.

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

4) рассматривает предложения страховых медицинских организаций: по способам оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию,

- по тарифам,
по показателям доступности и качества медицинской помощи;
- 5) осуществляет подготовку предложений по:
перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания медицинской помощи;
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;
- 6) анализирует соответствие показателей объемов предоставления медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных территориальной программой и базовой программой;
- 7) рассматривает предложения медицинских организаций по формированию объемов предоставления медицинской помощи медицинскими организациями;
- 8) рассматривает предложения о возможном участии медицинской организации в реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в части заявленных объемов оказания медицинской помощи с учетом показателей эффективности деятельности медицинских организаций.

При разработке территориальной программы Комиссией учитываются 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 органу государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан и территориальному фонду.

8. Комиссия на заседаниях по представленным секретарем Комиссии предложениям, поступившим:

- от органа государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан,
 - страховых медицинских организаций,
 - медицинских организаций,
 - территориального фонда,
- распределяет и корректирует в течение года объемы медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, имеющими право на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации, на основе установленных территориальной программой объемов предоставления

медицинской помощи.

Распределение и корректировка объемов медицинской помощи осуществляется:

по видам медицинской помощи,
условиям предоставления медицинской помощи,
в разрезе профилей отделений (коек),
врачебных специальностей,

с учетом показателей потребления медицинской помощи по данным персонализированного 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.

9. О принятых решениях по распределению объемов предоставления медицинской помощи и финансовых средств между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями Комиссия информирует территориальный фонд, орган государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, страховые медицинские организации и медицинские организации.

10. Персональный состав Комиссии утверждается нормативным правовым актом высшего органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

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

12. 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.

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

14. 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.

15. 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.

Приложение № 2
к Правилам обязательного
медицинского страхования,
утвержденным приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «___» _____ 2018 г. № _____

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

Код субъекта Российской Федерации по ОКАТО, где расположена страховая медицинская организация	1	
Реестровый номер	2	
Код причины постановки на учет (КПП)	3	
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	4	
Полное и краткое наименование страховой медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ	5	
Полное наименование филиала страховой медицинской организации	6	
Организационно-правовая форма страховой медицинской организации	7	
Головная организация (1), обособленное подразделение (филиал) (2)	8	
Адрес (место) нахождения страховой медицинской организации, юридический адрес	9	
Адрес (место) нахождения обособленного подразделения (филиала) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации (при наличии)	10	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты	11	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя обособленного подразделения (филиала), адрес электронной почты	12	
Номер, дата выдачи, дата окончания действия лицензии	13	
Дата включения страховой медицинской организации в реестр страховых медицинских организаций	14	
Дата исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций	15	

Причина исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций	16	
Численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на дату подачи уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования	17	

Приложение № 3
к Правилам обязательного
медицинского страхования,
утвержденным приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «___» _____ 2018 г. № _____

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

Код субъекта Российской Федерации по ОКАТО, где расположена медицинская организация	1	
Реестровый номер	2	
Полное и краткое наименование медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ	3	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность	3.1	
Код причины постановки на учет (КПП)	4	
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	5	
Организационно-правовая форма медицинской организации	6	
Адрес (место) нахождения медицинской организации	7	
Адрес (место) нахождения индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность	7.1	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты	8	
Номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность	8.1	
Наименование, номер, дата выдачи, дата окончания действия разрешения на осуществление медицинской деятельности	9	
Виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы	10	