



КонсультантПлюс

Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 108н
(ред. от 25.09.2020)
"Об утверждении Правил обязательного
медицинского страхования"
(Зарегистрировано в Минюсте России
17.05.2019 N 54643)

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: 25.01.2021

Зарегистрировано в Минюсте России 17 мая 2019 г. N 54643

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 28 февраля 2019 г. N 108н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Список изменяющих документов
(в ред. Приказов Минздрава России от 09.04.2020 N 299н,
от 25.09.2020 N 1024н)

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

1. Утвердить [Правила](#) обязательного медицинского страхования согласно приложению.
2. Признать утратившими силу:

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

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

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

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

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

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

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

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

пункт 1 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 июня 2016 г. N 423н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н, и форму типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. N 1030н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 июля 2016 г., регистрационный N 42892);

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

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 октября 2016 г. N 803н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н, с целью реализации положений Договора о Евразийском экономическом

союзе, подписанного в г. Астане 29 мая 2014 года" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 декабря 2016 г., регистрационный N 44840);

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

Министр
В.И.СКВОРЦОВА

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

ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Список изменяющих документов
(в ред. Приказов Минздрава России от 09.04.2020 N 299н,
от 25.09.2020 N 1024н)

I. Общие положения

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

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

2. Правила устанавливают [порядок](#) подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом и заявления о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования, единые [требования](#) к полису обязательного

медицинского страхования, [порядок](#) выдачи полиса обязательного медицинского страхования либо временного свидетельства застрахованному лицу, [порядок](#) приостановления действия полиса обязательного медицинского страхования и признание полиса обязательного медицинского страхования недействительным, [порядок](#) ведения реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, [порядок](#) ведения 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 выдан полис обязательного медицинского страхования, [порядок](#) утверждения для страховых медицинских организаций дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования, [методику](#) расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, [порядок](#) оказания видов медицинской помощи, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, застрахованным лицам за счет средств обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, созданных в соответствии с законодательством Российской Федерации и находящихся за пределами территории Российской Федерации, [требования](#) к размещению страховыми медицинскими организациями информации, [порядок](#) информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи, положение о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) согласно [приложению N 1](#) к настоящим Правилам.

II. Порядок подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом и заявления о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования

3. В соответствии с [частью 1 статьи 16](#) Федерального закона застрахованные лица имеют право на выбор или замену страховой медицинской организации путем подачи [заявления](#) в порядке, установленном настоящей главой.

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

5. Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения и до реализации в отношении ребенка права выбора страховой медицинской организации, но не позднее истечения

тридцати дней со дня государственной регистрации рождения, осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие [законные представители](#). По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем (далее - законные представители).

6. [Заявление](#) о выборе (замене) страховой медицинской организации должно содержать следующие сведения:

1) о застрахованном по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с Федеральным [законом](#) лице:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

место рождения;

гражданство;

КонсультантПлюс: примечание.

С 01.04.2019 вместо страхового свидетельства выдается документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета. Ранее выданные свидетельства СНИЛС сохраняют свое действие и обмену не подлежат ([ФЗ](#) от 01.04.2019 N 48-ФЗ).

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

данные документа, удостоверяющего личность;

место жительства;

место регистрации;

дату регистрации;

контактную информацию;

категорию застрахованного лица;

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

фамилию, имя, отчество (при наличии);

отношение к застрахованному лицу;

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

контактную информацию;

3) наименование страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом;

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

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

6) об отказе от получения полиса;

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

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

8) адрес электронной почты (при наличии).

7. [Заявление](#) о выборе (замене) страховой медицинской организации в соответствии с [частью 5 статьи 16](#) Федерального закона подается лично или через своего представителя:

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

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

подачи заявлений в электронной форме <4>).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

свидетельство о рождении;

СНИЛС (при наличии);

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

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

СНИЛС;

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

<5> Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 26, ст. 2956; 1998, N 30, ст. 3613; 2000, N 33, ст. 3348, N 46, ст. 4537; 2003, N 27, ст. 2700; 2004, N 27, ст. 2711; N 35, ст. 3607; 2006, N 31, ст. 3420; 2007, N 1, ст. 29; 2008, N 30, ст. 3616; 2011, N 1, ст. 29; N 27, ст. 3880; 2012, N 10, ст. 1166; N 47, ст. 6397; N 53, ст. 7647; 2013, N 27, ст. 3477; 2014, N 52, ст. 7557; 2018, N 1, ст. 82; N 53, ст. 8454.

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

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным

законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

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

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

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

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

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

СНИЛС (при наличии);

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

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

СНИЛС (при наличии);

8) для представителя застрахованного лица:

[документ](#), удостоверяющий личность;

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

9) для [законного представителя](#) застрахованного лица:

документ, удостоверяющий личность;

документ, подтверждающий полномочия законного представителя.

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

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

серия и номер свидетельства о рождении;

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

СНИЛС (при наличии);

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

серия и номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность;

СНИЛС;

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

серия и номер документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

гражданство;

номер и дата принятия решения о выдаче вида на жительство;

СНИЛС (при наличии);

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

серия и номер документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

гражданство;

номер и дата принятия решения о разрешении на временное проживание;

СНИЛС (при наличии).

16. Временно пребывающие на территории Российской Федерации в соответствии с [договором](#) о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г. (далее соответственно - договор о ЕАЭС, ЕАЭС), трудящиеся иностранные граждане государств - членов ЕАЭС (далее - трудящийся государства - члена ЕАЭС), а также работающие на территории Российской Федерации члены Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее - члены коллегии Комиссии), должностные лица (граждане государств - членов ЕАЭС, назначенные на должности директоров департаментов Евразийской экономической комиссии и заместителей директоров департаментов указанной комиссии), сотрудники органов ЕАЭС, находящихся на

территории Российской Федерации (граждане государств - членов ЕАЭС, не являющиеся должностными лицами, на основе заключаемых с ними трудовых договоров (контрактов)) (далее соответственно - член коллегии Комиссии, должностное лицо, сотрудник органа ЕАЭС), имеют право на выбор или замену страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном настоящей главой.

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

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

место рождения;

гражданство;

СНИЛС;

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

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

сведения о месте пребывания с указанием срока пребывания;

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

контактную информацию;

категорию застрахованного лица в соответствии с положениями [договора](#) о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств - членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование.

18. [Заявление](#) о выборе (замене) страховой медицинской организации оформляется иностранными гражданами, указанными в [пункте 16](#) настоящих Правил, в письменной форме и подается непосредственно в страховую медицинскую организацию.

19. Сведения, указанные в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации,

подаваемом иностранными гражданами, указанными в [пункте 16](#) настоящих Правил, подтверждаются предъявлением следующих документов или их заверенных копий, необходимых для регистрации в качестве застрахованного лица:

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

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

СНИЛС;

трудовой договор трудящегося государства - члена ЕАЭС;

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

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

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

СНИЛС;

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

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

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

22. В соответствии с [пунктом 4 части 2 статьи 16](#) Федерального закона в случае изменения

места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, застрахованное лицо осуществляет выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца.

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

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

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

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

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

1) о застрахованном лице:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

место рождения;

гражданство;

СНИЛС;

данные документа, удостоверяющего личность;

контактную информацию;

2) о представителе застрахованного лица:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

отношение к застрахованному лицу;

данные документа, удостоверяющего личность;

контактную информацию;

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

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

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

2) СНИЛС;

3) полис (представляется только при сдаче полиса).

III. Единые требования к полису обязательного медицинского страхования

28. На территории Российской Федерации действуют полисы единого образца.

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

30. К бумажному и электронному полису предъявляются общие требования:

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

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

Бумажные и электронные полисы учитываются как бланки строгой отчетности.

31. К бумажному полису предъявляются следующие требования:

1) бумажный полис представляет собой лист формата А5;

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

номер полиса;

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

срок действия полиса;

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

номер полиса;

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

место рождения;

срок действия полиса;

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

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

дата регистрации застрахованного лица в страховой медицинской организации;

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

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

32. К электронному полису предъявляются следующие требования:

1) лицевая сторона должна содержать номер полиса;

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

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

срок действия полиса;

подпись застрахованного лица;

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

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

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

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

3) состав неизменяемых данных:

номер полиса;

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

место рождения;

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

срок действия полиса;

4) состав изменяемых (дополняемых) данных:

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

код субъекта Российской Федерации, на территории которого застрахован гражданин, по

Общероссийскому [классификатору](#) объектов административно-территориального деления (далее - ОКАТО);

дата регистрации застрахованного лица в страховой медицинской организации.

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

35. При наличии технической возможности однозначной идентификации застрахованного лица в едином регистре застрахованных лиц идентификация застрахованных лиц может осуществляться по предъявлении застрахованным лицом или его [законным представителем](#) документа, удостоверяющего личность застрахованного лица.

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

36. В соответствии с [частью 2 статьи 51](#) Федерального закона полисы, выданные лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию до дня вступления в силу Федерального [закона](#), являются действующими до замены их на полисы единого образца.

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

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

39. Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным [законом](#) "О беженцах", выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока пребывания, установленного в документах, указанных в [подпункте 3 пункта 14](#) настоящих Правил.

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

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

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

43. При обращении граждан, указанных в [пунктах 38 - 42](#) настоящих Правил, для оформления полиса в период с 1 ноября до 31 декабря текущего года, выдается бумажный полис

со сроком действия до конца следующего календарного года, но не более срока пребывания, действия вида на жительство, действия разрешения на временное проживание, действия трудового договора или исполнения соответствующих полномочий.

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

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

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

47. Временное свидетельство на бумажном бланке должно содержать:

- 1) наименование страховой медицинской организации с указанием адреса и контактного телефона;
- 2) фамилию, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица;
- 3) дату рождения застрахованного лица;
- 4) место рождения застрахованного лица;
- 5) пол застрахованного лица;
- 6) серию и номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе;
- 7) номер и дату выдачи временного свидетельства;
- 8) срок действия временного свидетельства;

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

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

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

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

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

3) дату рождения застрахованного лица;

4) место рождения застрахованного лица;

5) пол застрахованного лица;

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

7) номер и дату выдачи временного свидетельства;

8) срок действия временного свидетельства;

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

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

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

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

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

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

53. Общий срок с даты подачи застрахованным лицом заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации до направления территориальным фондом заявки в Федеральный фонд, с учетом сроков, установленных [пунктами 49 - 52](#) настоящих Правил, не должен превышать пяти рабочих дней.

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

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

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

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

58. Страховая медицинская организация:

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

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

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

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

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

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

59. Территориальные фонды организуют информирование застрахованных лиц об изготовленных полисах через официальные сайты или через личный кабинет Единого портала

государственных и муниципальных услуг (функций) в случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме посредством личного кабинета Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций).

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

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

61. Переоформление полиса осуществляется также в случаях:

1) изменения даты рождения и пола застрахованного лица;

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

3) необходимости продления действия полиса гражданам, указанным в [пунктах 38 - 42](#) настоящих Правил, при сохранении у них права на обязательное медицинское страхование в следующем календарном году.

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

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

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

2) утери полиса.

64. [Заявление](#) о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса должно содержать сведения, указанные в [подпунктах 1 - 3](#) и [5 пункта 6](#) настоящих Правил.

65. Заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса подаются в соответствии с [пунктами 7 и 8](#) настоящих Правил.

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

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

68. В случае переоформления полиса, смерти застрахованного лица, приостановления

действия полиса, а также окончания срока его действия территориальными фондами вносится соответствующая отметка в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.

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

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

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

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

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

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

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

74. Испорченные, недействительные и невостребованные полисы и временные свидетельства хранятся в страховой медицинской организации в течение трех лет с даты приема заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и/или заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса. По истечении срока хранения они подлежат списанию и уничтожению по решению комиссии по списанию и уничтожению полисов и временных

свидетельств, признанных недействительными, создаваемой приказом страховой медицинской организации, согласованным с территориальным фондом, с оформлением акта списания и уничтожения полисов и временных свидетельств, признанных недействительными или не востребованными.

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

V. Приостановление действия полиса обязательного медицинского страхования и признание полиса обязательного медицинского страхования недействительным

76. В соответствии с [частью 8 статьи 49](#) Федерального закона военные комиссариаты передают в территориальные фонды сведения о призванных на военную службу гражданах, предусмотренные [пунктами 1 и 6 части 2 статьи 44](#) Федерального закона, и информацию о начале, сроке и окончании военной службы.

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

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

78. Страховая медицинская организация, принявшая от застрахованного лица, указанного в [части 1 статьи 49.1](#) Федерального закона (за исключением проходящих военную службу по призыву), заявление о сдаче (утрате) полиса, не позднее одного рабочего дня, следующего за днем обращения застрахованного лица с заявлением о сдаче (утрате) полиса, передает сведения о застрахованном лице, указанные в [пункте 26](#) настоящих Правил, в территориальный фонд.

Территориальный фонд приостанавливает действие полиса лиц, застрахованных в субъекте Российской Федерации, со дня получения территориальным фондом сведений, указанных в [пункте 26](#) настоящих Правил, и обеспечивает отражение данных сведений в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

79. В соответствии с [частью 6 статьи 49](#) Федерального закона федеральный орган

исполнительной власти в сфере внутренних дел передает в Федеральный фонд сведения, предусмотренные [пунктами 1 и 6 части 2 статьи 44](#) Федерального закона:

1) о лицах, гражданство Российской Федерации которых прекращено;

2) об иностранных гражданах, лицах без гражданства, в отношении которых аннулирован вид на жительство в соответствии с Федеральным [законом](#) от 25 июля 2002 г. N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" [<7>](#) (далее - Федеральный закон N 115-ФЗ);

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

3) об иностранных гражданах, лицах без гражданства, в отношении которых аннулировано разрешение на временное проживание в соответствии с Федеральным [законом](#) N 115-ФЗ;

4) о лицах, признанных беженцами на территории Российской Федерации, при утрате ими статуса беженца или лишении их статуса беженца в соответствии с Федеральным [законом](#) "О беженцах".

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

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

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

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

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

83. Реестр страховых медицинских организаций содержит следующие сведения:

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

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

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

4) идентификационный номер налогоплательщика (далее - ИНН);

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

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

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

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

9) место нахождения и адрес страховой медицинской организации;

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

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

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

13) фамилию, имя, отчество (при наличии), телефон и факс, адрес электронной почты

руководителя филиала (представительства) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации;

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

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

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

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

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

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

Уведомление должно содержать следующую информацию:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

85. Территориальный фонд проверяет представленное страховой медицинской организацией уведомление на наличие сведений, предусмотренных [пунктом 84](#) настоящих Правил.

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

1) выписка из ЕГРЮЛ;

2) свидетельство о постановке на учет в налоговом органе;

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

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

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

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

в уведомлении.

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

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

Страховая медицинская организация вносит уточнения в уведомление с учетом срока, установленного [частью 10 статьи 14](#) Федерального закона.

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

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

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

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

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

94. Исключение из реестра страховых медицинских организаций в случаях приостановления либо прекращения действия лицензии или ликвидации страховой медицинской организации осуществляется в день получения территориальным фондом сведений, подтверждающих данную

информацию, или на установленную [частью 10 статьи 14](#) Федерального закона дату при непредставлении страховой медицинской организацией документов в срок.

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

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

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

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

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

VII. Порядок ведения 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), осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Российской Федерации (далее - реестр медицинских организаций), в соответствии с [пунктом 14 части 7 статьи 34](#) Федерального закона осуществляется территориальным фондом по форме согласно [приложению N 3](#) к настоящим Правилам.

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

101. Ведение единого реестра медицинских организаций в соответствии с [пунктом 9 части 8 статьи 33](#) Федерального закона осуществляется Федеральным фондом.

102. Реестр медицинских организаций содержит следующие сведения:

1) код субъекта Российской Федерации по [ОКАТО](#), в котором расположена медицинская организация, в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ;

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

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

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

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

6) ИНН;

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

8) организационно-правовую форму и код организационно-правовой формы ([ОКОПФ](#)) медицинской организации в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ;

9) код подчиненности:

головной организации, находящейся на территории субъекта Российской Федерации (1.0);

головной организации, находящейся на территории иного субъекта Российской Федерации (1.1);

филиала (представительства) медицинской организации, находящегося на территории субъекта Российской Федерации (2.0);

филиала (представительства) медицинской организации, находящегося на территории иного субъекта Российской Федерации (2.1);

10) код формы собственности в соответствии с Общероссийским [классификатором](#) форм собственности (ОКФС) в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ;

11) место нахождения и адрес медицинской организации;

12) место нахождения и адрес филиала (представительства) медицинской организации;

13) место нахождения и адрес индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность;

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

15) фамилию, имя, отчество (при наличии), номер телефона и факс руководителя, адрес электронной почты филиала (представительства) медицинской организации;

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

17) сведения о структурных подразделениях медицинской организации (при наличии структурных подразделений в составе медицинской организации):

код структурного подразделения медицинской организации;

полное и сокращенное (при наличии) наименования структурного подразделения медицинской организации;

фамилию, имя, отчество (при наличии), номер телефона руководителя структурного подразделения;

фактический адрес структурного подразделения медицинской организации;

18) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (наименование, номер, дата выдачи и окончания срока действия, фактический адрес отделения (структурного подразделения) медицинской организации, для которого действует указанный документ);

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

20) профили медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией в рамках территориальной программы;

21) дату включения медицинской организации в реестр медицинских организаций;

22) дату исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций;

23) причину исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций.

103. Медицинская организация, имеющая лицензию на осуществление медицинской деятельности, 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, или в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в иной срок, установленный высшим должностным лицом субъекта Российской

Федерации (руководителем высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации), в соответствии с [частью 2.1 статьи 15](#) Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 2020, N 0001202004010072).
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 09.04.2020 N 299н)

104. Уведомление на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи с соблюдением требований по технической защите конфиденциальной информации направляется через официальный сайт территориального фонда.

Уведомление должно содержать следующие сведения:

- 1) полное и сокращенное (при наличии) наименования медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ;
 - 2) фамилию, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии с выпиской из ЕГРИП;
 - 3) место нахождения и адрес медицинской организации;
 - 4) место нахождения и адрес филиала (представительства) медицинской организации;
 - 5) место нахождения и адрес индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность;
 - 6) КПП для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения;
 - 7) идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);
 - 8) государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН);
 - 9) организационно-правовую форму медицинской организации и код организационно-правовой формы ([ОКОПФ](#)) медицинской организации в соответствии с уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ;
 - 10) фамилию, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты;
 - 11) фамилию, имя, отчество (при наличии), номер телефона и факс руководителя, адрес электронной почты филиала (представительства) медицинской организации;
 - 12) номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность;
 - 13) наименование, номер, дату выдачи и дату окончания действия лицензии на медицинскую деятельность;
 - 14) виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы в
-

разреze условий оказания и профилей медицинской помощи;

15) мощность коечного фонда медицинской организации в разреze профилей;

16) мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разреze профилей и врачей-специалистов;

17) фактически выполненные за предыдущий год (по ежегодным статистическим данным медицинской организации) объемы медицинской помощи по видам и условиям в разреze профилей, специальностей, клинико-профильных/клинико-статистических групп заболеваний (далее - КПП/КСГ) по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования по данным бухгалтерского учета медицинской организации (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования);

18) численность застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разреze половозрастных групп в соответствии с [пунктом 182](#) настоящих Правил);

19) предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям оказания медицинской помощи, в разреze профилей, врачей-специалистов, количеству вызовов скорой медицинской помощи, КПП/КСГ по детскому и взрослому населению;

20) численность застрахованных лиц в медицинских организациях для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, территория их обслуживания (в разреze половозрастных групп в соответствии с [пунктом 182](#) настоящих Правил);

21) виды диагностических и (или) консультативных услуг для медицинских организаций, оказывающих только диагностические и (или) консультативные услуги, взрослому и детскому населению в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности и которым не может быть определен объем медицинской помощи в показателях, установленных территориальной программой;

22) фактически выполненные за предыдущий год (по ежегодным статистическим данным медицинской организации) объемы диагностических и (или) консультативных услуг взрослому и детскому населению, согласно [номенклатуре](#) медицинских услуг <9>, а также объемы их финансирования по данным бухгалтерского учета (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования);

<9> [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 ноября 2017 г., регистрационный N 48808).

23) предложения о планируемых к выполнению объемах диагностических и (или) консультативных услуг на плановый год взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре

медицинских услуг, указанной в [подпункте 22](#) настоящего пункта Правил.

105. 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.

Комиссией могут быть установлены иные сроки подачи уведомления вновь создаваемыми медицинскими организациями, получившими лицензию на осуществление медицинской деятельности позднее 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

106. 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, подтверждающих сведения, указанные в [пункте 103](#) настоящих Правил. При представлении уведомления на бумажном носителе одновременно представляются копии данных документов.

107. В день получения документов, указанных в [пункте 106](#) настоящих Правил, территориальный фонд осуществляет их проверку 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.

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

109. При выявлении несоответствия представленных документов сведениям, представленным в уведомлении в соответствии с [пунктом 103](#) настоящих Правил, территориальный фонд уведомляет медицинскую организацию о несоответствиях.

Медицинская организация вносит уточнения в уведомление с учетом срока, установленного [частью 2 статьи 15](#) Федерального закона.

110. В случае изменения сведений о медицинской организации, указанных в [подпунктах 3 - 20 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, для актуализации реестра медицинских организаций.

111. 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.

112. Медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, в соответствии с [частью 4 статьи 15](#) Федерального закона 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 (далее - договор на оказание и оплату медицинской помощи) или иных предусмотренных законодательством Российской Федерации случаев.

113. Исключение медицинских организаций из реестра медицинских организаций в случаях, указанных в [пункте 112](#) настоящих Правил, осуществляется в течение одного рабочего дня с даты получения территориальным фондом указанных сведений.

Территориальный фонд размещает на своем официальном сайте сведения, предусмотренные [подпунктами 2 - 4, 8, 11 - 20 пункта 102](#) настоящих Правил, о медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций и сведения, предусмотренные [подпунктами 2, 22, 23 пункта 102](#) настоящих Правил, о медицинских организациях, исключенных из реестра медицинских организаций.

114. Федеральный фонд обеспечивает размещение на своем официальном сайте единого реестра медицинских организаций с указанием сведений, предусмотренных [подпунктами 1 - 23 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 в соответствии с [пунктом 6 части 2 статьи 7](#) Федерального закона в целях ведения единого реестра медицинских организаций осуществляет проверку ведения территориальным фондом реестра медицинских организаций субъекта Российской Федерации, в том числе установленного настоящей главой порядка включения (исключения) медицинских организаций в (из) реестр(а) медицинских организаций, в рамках контроля за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием средств обязательного медицинского страхования, в том числе проводит проверки и ревизии <10>.

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

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

тяжелого несчастного случая на производстве

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

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

- 1) фамилию, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица;
- 2) номер полиса;
- 3) дату рождения;
- 4) наименование документа, удостоверяющего личность;
- 5) серию и номер документа, удостоверяющего личность;
- 6) наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность;
- 7) дату выдачи документа, удостоверяющего личность;
- 8) дату несчастного случая на производстве;
- 9) дату начала оказания медицинской помощи;
- 10) диагноз;
- 11) наименование медицинской организации;
- 12) ОГРН медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ;
- 13) адрес медицинской организации;
- 14) номер телефона медицинской организации с кодом города.

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

120. При технической невозможности обеспечения усиленной квалифицированной электронной подписи подлинность сведений, представленных в электронном виде, должна подтверждаться реестром на бумажном носителе, при этом реестр должен содержать дату его составления, подпись, фамилию, имя, отчество (при наличии) исполнителя, заверен подписью директора территориального фонда и скреплен печатью территориального фонда.

IX. Порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

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

122. Медицинская организация представляет в страховую медицинскую организацию счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов медицинской помощи, распределенных медицинской организации Комиссией.

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.

123.1. В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих, размер целевых средств по заявке на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи страховой медицинской организации и средств по заявке на авансирование медицинской помощи медицинской организации определяется настоящими Правилами.
(п. 123.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 09.04.2020 N 299н)

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

1) [заявку](#) на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее - заявка на авансирование);

2) [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.

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

оказание и оплату медицинской помощи (в случае периода действия договора менее трех месяцев), и суммы авансирования.

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.

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) сумму средств, полученных по заявке на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи за отчетный месяц;
- 8) объем средств, необходимый для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц;
- 9) 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);
- 10) дату составления заявки.

Заявка заверяется подписями руководителя и главного бухгалтера страховой медицинской организации (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета), и печатью страховой медицинской организации.

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

- 1) в течение пяти рабочих дней со дня получения заявки на авансирование, в размере,

установленном договором о финансовом обеспечении;

2) в течение трех рабочих дней со дня получения заявки на получение средств на оплату счетов с учетом ранее направленных средств на авансирование, но не более суммы целевых средств, рассчитанной исходя из количества застрахованных лиц и дифференцированных подушевых нормативов.

125.1. В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, размер аванса, предоставляемого территориальным фондом страховым медицинским организациям на основании заявки на авансирование, может составлять до 100 процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние три месяца либо с периода начала действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (в случае периода действия договора менее трех месяцев).

Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций в соответствии с [частью 2.1 статьи 15](#) Федерального закона, размер аванса, предоставляемого территориальным фондом страховым медицинским организациям, может составлять до 100 процентов размера финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи, распределенного страховой медицинской организации решением Комиссии в соответствии с [частью 10 статьи 36](#) Федерального закона, в расчете на месяц.

При этом размер аванса не может быть больше размера финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи, распределенного страховой медицинской организации решением Комиссии в соответствии с [частью 10 статьи 36](#) Федерального закона, в расчете на месяц.

(п. 125.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 09.04.2020 N 299н)

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.

В случае превышения в отчетном месяце суммы аванса, направленного страховой медицинской организацией в медицинскую организацию, над размером счета на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, указанные средства подлежат возврату в территориальный фонд в последующие месяцы текущего года при возврате медицинской организацией средств в страховую медицинскую организацию или уменьшению суммы, подлежащей перечислению в медицинскую организацию на основании счета на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со [статьей 40](#) Федерального закона, или на сумму указанного превышения страховой медицинской организацией уменьшается сумма аванса медицинской организации.

127. 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 фондом в соответствии с [частью 6.4 статьи 26](#) Федерального закона.

Страховая медицинская организация обращается в территориальный фонд за предоставлением целевых средств, недостающих для оплаты медицинской помощи, из нормированного страхового запаса территориального фонда не позднее трех рабочих дней с даты принятия от медицинских организаций счетов на оплату медицинской помощи с учетом результатов медико-экономического контроля, медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи, проводимых в соответствии с [частью 2 статьи 40](#) Федерального закона.

Одновременно с обращением страховой медицинской организацией представляется в территориальный фонд отчет об использовании целевых средств, который составляется ежемесячно за весь период с начала отчетного года, по каждой медицинской организации, и должен содержать сведения о:

- 1) задолженности страховой медицинской организации перед медицинской организацией на начало отчетного месяца;
- 2) задолженности медицинской организации перед страховой медицинской организацией на начало отчетного месяца;
- 3) сумме счетов, предъявленных медицинской организацией страховой медицинской организации к оплате за отчетный месяц;
- 4) размере неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- 5) размере средств, направленных в медицинскую организацию на авансирование оплаты медицинской помощи за отчетный месяц;
- 6) задолженности страховой медицинской организации перед медицинской организацией на конец отчетного месяца;
- 7) задолженности медицинской организации перед страховой медицинской организацией на конец отчетного месяца.

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

- 1) рассмотрения отчета страховой медицинской организации об использовании целевых

средств;

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

подтверждение достоверности отчета страховой медицинской организации об использовании целевых средств;

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

анализ наличия повышения заболеваемости по конкретным нозологиям в целом по субъекту Российской Федерации на основе счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи и сведений Роспотребнадзора об осложнении эпидемической ситуации в субъекте Российской Федерации.

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

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

1) наличие у страховой медицинской организации остатка целевых средств;

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

3) отсутствие средств в нормированном страховом запасе территориального фонда.

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

Абзац утратил силу. - [Приказ](#) Минздрава России от 25.09.2020 N 1024н.

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

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

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

131. 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 их 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.

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

$$\text{ФП} = \sum D_i \times Ч_i,$$

где:

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

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

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

$$\text{ОФП} = \sum_1^k \text{ФП},$$

где:

k - количество страховых медицинских организаций.

134. 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:

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

где:

$С$ - среднедушевой норматив финансирования страховых медицинских организаций;

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

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

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

136. 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.

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

1) наименовании территориального фонда;

2) наименовании страховой медицинской организации (филиала/представительства страховой медицинской организации);

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

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

целевых средствах;

средствах, подлежащих направлению в территориальный фонд в соответствии с [пунктом 2 части 6.3 статьи 26](#) Федерального закона;

собственных средствах;

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

финансированию по дифференцированным подушевым нормативам;

средствам нормированного страхового запаса;

средствам на ведение дела;

6) задолженности страховой медицинской организации перед территориальным фондом на начало отчетного месяца по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

7) объеме средств, подлежащих перечислению в страховую медицинскую организацию на

отчетный месяц всего, в том числе:

по дифференцированным подушевым нормативам;

из средств нормированного страхового запаса;

на ведение дела;

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

по дифференцированным подушевым нормативам;

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

из средств нормированного страхового запаса;

на ведение дела;

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

по результатам медико-экономического контроля;

по результатам медико-экономической экспертизы;

по результатам экспертизы качества медицинской помощи;

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

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

удержанных по результатам медико-экономического контроля;

удержанных по результатам медико-экономической экспертизы;

удержанных по результатам экспертизы качества медицинской помощи;

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

11) средствах, подлежащих перечислению в территориальный фонд в соответствии с [пунктом 2 части 6.3 статьи 26](#) Федерального закона, в том числе:

по результатам медико-экономического контроля;

по результатам медико-экономической экспертизы;

по результатам экспертизы качества медицинской помощи;

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

12) перечисленных средствах в территориальный фонд в соответствии с [пунктом 2 части 6.3 статьи 26](#) Федерального закона, в том числе:

по результатам медико-экономического контроля;

по результатам медико-экономической экспертизы;

по результатам экспертизы качества медицинской помощи;

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

13) средствах, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц;

14) общей сумме средств, принятой к оплате за оказанную медицинскую помощь в отчетный месяц, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи, в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии;

15) средствах, направленных на оплату медицинской помощи в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи;

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

предназначенных на расходы на ведение дела страховой медицинской организации;

сформированных по результатам проведения медико-экономической экспертизы;

сформированных по результатам проведения экспертизы качества медицинской помощи;

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

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

17) остатке средств, возвращенном в территориальный фонд;

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

дифференцированным подушевым нормативам;

средствам нормированного страхового запаса;

средствам на ведение дела;

19) задолженности страховой медицинской организации перед территориальным фондом на конец отчетного месяца по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

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

целевых средствах;

средствах, подлежащих перечислению в территориальный фонд в соответствии с [пунктом 2 части 6.3 статьи 26](#) Федерального закона;

собственных средствах.

Акт заверяется подписями руководителя и главного бухгалтера территориального фонда (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета), руководителя и главного бухгалтера страховой медицинской организации (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета) и печатями территориального фонда и страховой медицинской организации.

138. Страховая медицинская организация направляет средства на оплату медицинской помощи в медицинские организации в соответствии с договором 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.

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

1) количество застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, и показатели объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденные территориальной программой, с учетом показателей потребления медицинской помощи, видов медицинской помощи, условий предоставления медицинской помощи и врачебных специальностей;

2) показатели объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденные 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 лицензией на осуществление медицинской деятельности;

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

5) территориальную доступность медицинской помощи;

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

7) права застрахованного лица на выбор медицинской организации и врача;

8) изменение маршрутизации пациентов на период более одного месяца, в том числе по причине закрытия медицинских организаций (структурных подразделений), подтвержденное приказами (распоряжениями) органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья;

9) реорганизацию или изменение структуры медицинской организации (открытие новых отделений, введение новых специальностей врачей, увеличение коечного фонда);

10) осуществление нового вида медицинской деятельности, ранее не заявленного при формировании предложений по объемам предоставления медицинской помощи (с приложением копии лицензии на осуществление медицинской деятельности), и другие причины.

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

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

результативности.

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

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 первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и (или) скорую медицинскую помощь, страховые медицинские организации учитывают тарифы, установленные на основе подушевого норматива финансирования и на основе акта сверки численности застрахованных лиц по договору на оказание и оплату медицинской помощи:

1) численность прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи;

2) численность застрахованных лиц на территории обслуживания скорой медицинской помощи.

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 (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета) 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:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату и место рождения;

данные документа, удостоверяющего личность;

номер полиса;

б) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:

вид оказанной медицинской помощи (код);

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

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

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

дату начала и дату окончания оказания медицинской помощи;

объемы оказанной медицинской помощи;

профиль оказанной медицинской помощи (код);

занимаемая медицинским работником должность в организации, осуществляющей медицинскую деятельность (код);

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

стоимость оказанной медицинской помощи;

результат обращения за медицинской помощью (код);

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

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

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

В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, размер аванса, предоставляемого страховой медицинской организацией медицинским организациям на основании заявки на

авансирование медицинской помощи, может составлять до 100 процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи (в случае периода действия договора менее трех месяцев).

(абзац введен [Приказом](#) Минздрава России от 09.04.2020 N 299н)

Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, в соответствии с [частью 2.1 статьи 15](#) Федерального закона, размер аванса, предоставляемого страховой медицинской организацией, может составлять до 100 процентов размера финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи, распределенного медицинской организации решением Комиссии в соответствии с [частью 10 статьи 36](#) Федерального закона, в расчете на месяц.

(абзац введен [Приказом](#) Минздрава России от 09.04.2020 N 299н)

При этом размер аванса не может быть больше размера финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи, распределенной медицинской организации решением Комиссии в соответствии с [частью 10 статьи 36](#) Федерального закона, в расчете на месяц.

(абзац введен [Приказом](#) Минздрава России от 09.04.2020 N 299н)

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

(п. 141.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 09.04.2020 N 299н)

142. Для лиц, не идентифицированных в период оказания медицинской помощи, медицинской организацией в территориальный фонд субъекта Российской Федерации, в реализации территориальной программы которого она участвует, представляется ходатайство об идентификации застрахованного лица, содержащее предполагаемые сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, место пребывания) и сведения о ходатайствующей организации (наименование, контактная информация, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, печать);

143. В случае подачи медицинской организацией ходатайства об идентификации застрахованного лица территориальный фонд осуществляет в течение трех 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 одного рабочего дня после окончания проверки представляет в медицинскую организацию.

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

144. 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 порядком, установленным Федеральным фондом в соответствии с [частью 1 статьи 40](#) Федерального закона <11> (далее - порядок организации и проведения контроля).

<11> [Приказ](#) Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 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 N 19614), с изменениями, внесенными приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 августа 2011 г. N 144 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 декабря 2011 г., регистрационный N 22523), от 21 июля 2015 г. N 130 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 июля 2015 г., регистрационный N 38182), от 29 декабря 2015 г. N 277 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 января 2016 г., регистрационный N 40813), от 22 февраля 2017 г. N 45 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 мая 2017 г., регистрационный N 46609).

145. 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.

146. 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 и [порядком](#) организации и проведения контроля.

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

$$C = H + C_{\text{шт}},$$

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.

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

$$H = PT \times K_{\text{но}},$$

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
0,3	3.2.2; 3.5; 3.10
0,4	3.2.3
0,5	1.5; 3.4; 4.4
0,6	3.8
0,7	3.7
0,8	3.6
0,9	3.2.4; 3.12
1,0	1.4; 3.2.5; 4.1; 4.5; 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.

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

$$C_{\text{шт}} = \text{РП} \times K_{\text{шт}},$$

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$$C_{\text{шт}} = \text{РП}_{\text{А базовый}} \times K_{\text{шт}},$$

где:

РПА базовый - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с [порядком](#) организации и проведения контроля;

К_{шт} - коэффициент для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

$$C_{шт} = РП_{СМП \text{ базовый}} \times K_{шт},$$

где:

РП_{СМП базовый} - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с [порядком](#) организации и проведения контроля;

К_{шт} - коэффициент для определения размера штрафа;

3) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания:

$$C_{шт} = РП_{ПП \text{ базовый}} \times K_{шт},$$

где:

РП_{ПП базовый} - подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с [порядком](#) организации и проведения контроля;

К_{шт} - коэффициент для определения размера штрафа;

4) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

$$C_{шт} = РП_{СТ} \times K_{шт},$$

где:

РП_{СТ} - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления 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; 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; 3.12; 4.1, 4.6.2
3,0	1.2.2; 1.3.2; 3.2.5

150. 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 двадцати пяти 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.

151. 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 последующие месяцы размер заявки на авансирование медицинской помощи уменьшается на сумму средств указанного превышения, за исключением случаев, установленных [частью 6 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.

Медицинская организация и страховая медицинская организация ежемесячно анализируют предъявленные к оплате объемы оказанной медицинской помощи и финансовых средств и за два месяца отчетного квартала оценивают риск превышения объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенными медицинской организацией и страховой медицинской организации на соответствующий квартал решением Комиссии.

В случае превышения объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенных медицинской организации решением Комиссии на квартал, медицинская организация до окончания отчетного квартала и формирования реестров счетов обязана обратиться в Комиссию с предложением о перераспределении объемов медицинской помощи и финансовых средств.

Страховая медицинская организация в течение одного рабочего дня с даты принятия реестров счетов медицинской организации с учетом результатов медико-экономического контроля, при превышении объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенных медицинским организациям решением Комиссии на квартал, обязана обратиться в Комиссию с

предложением о перераспределении медицинским организациям объемов медицинской помощи и финансовых средств.

152. 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.

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

При принятии медицинской организацией решения об обжаловании заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, предусмотренного [статьей 42](#) Федерального закона, средства возвращаются в сроки, предусмотренные процедурой обжалования заключения.

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

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

154. 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, 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 десяти рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

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

156. Территориальный фонд направляет в страховые медицинские организации и медицинские организации средства нормированного страхового запаса в порядке, установленном Федеральным фондом в соответствии с [частью 6.4 статьи 26](#) Федерального закона <12>.

<12> [Приказ](#) Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 227 "О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 января 2011 г., регистрационный N 19588), с изменениями, внесенными приказами Федерального фонда от 26 декабря 2011 г. N 245 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 декабря 2012 г., регистрационный N 23124), от 29 апреля 2016 г. N 85 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 мая 2016 г., регистрационный N 42214) и от 22 января 2018 г. N 9 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 февраля 2018 г., регистрационный N 49954).

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

- 1) сумму задолженности по оплате медицинской помощи на начало отчетного месяца;
- 2) сумму задолженности по оплате медицинской организацией штрафов на начало отчетного месяца, в том числе по результатам:
 - медико-экономической экспертизы;
 - экспертизы качества медицинской помощи;
- 3) общую сумму средств на оплату медицинской помощи по предъявленным счетам за отчетный месяц;
- 4) сумму средств, сформированных за нарушения, выявленные по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, всего, в том числе по результатам:

медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

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

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

6) сумму средств, удержанных 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;

7) сумму штрафов, полученных от медицинской организации по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе по результатам:

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

8) сумму средств, 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;

9) перечисленную сумму средств;

аванс за отчетный месяц;

окончательный расчет за предыдущий месяц;

10) сумму средств, возвращенных медицинской организацией;

11) задолженность по уплате медицинской организации штрафов на конец отчетного месяца, в том числе по результатам:

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

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

Акт заверяется подписями руководителя и главного бухгалтера страховой медицинской организации (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета), руководителя и главного бухгалтера медицинской организации (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета) и печатями страховой медицинской организации и медицинской организации.

158. Территориальный фонд и медицинская организация, включенная в план мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования 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 <13>.

<13> [Постановление](#) Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2016 г. N 332 "Об утверждении правил использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2016, N 18, ст. 2626).

Акт сверки должен содержать сведения о/об:

- 1) наименовании территориального фонда;
- 2) наименовании медицинской организации;
- 3) периоде, за который производится сверка расчетов;
- 4) остатке целевых средств в медицинской организации на начало отчетного периода;
- 5) объеме поступивших целевых средств из средств нормированного страхового запаса всего, в том числе для финансового обеспечения мероприятий по:
 - организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации;
 - приобретению медицинского оборудования;
 - проведению ремонта медицинского оборудования;
- 6) средствах, использованных для финансового обеспечения всего, в том числе для финансового обеспечения мероприятий по:

организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации;

приобретению медицинского оборудования;

проведению ремонта медицинского оборудования;

7) остатке целевых средств в медицинской организации на конец отчетного периода;

8) средствах, использованных не по целевому назначению, возвращенные в территориальный фонд.

Акт заверяется подписями руководителя и главного бухгалтера территориального фонда (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета), руководителя и главного бухгалтера медицинской организации (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета) и печатями территориального фонда и медицинской организации.

159. При отсутствии технической возможности обеспечения усиленной квалифицированной электронной подписи подлинность сведений, представленных в электронном виде, должна подтверждаться уведомлением на бумажном носителе, при этом уведомление должно содержать дату его составления, способ представления реестра в электронном виде, дату предоставления в электронном виде, подпись, фамилию, имя, отчество (при наличии) исполнителя, должно быть заверено подписью директора территориального фонда и скреплено печатью территориального фонда.

160. Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в другом субъекте Российской Федерации, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, действующие в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи.

Х. Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации

161. 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 двадцати пяти рабочих дней с даты представления счета (реестра счетов) 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 двадцати пяти рабочих дней с даты получения счета (реестра счетов), 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 помощи, и отражает сведения реестров-счетов об оказанной застрахованному лицу с онкологическим заболеванием медицинской помощи на информационном ресурсе территориального фонда в соответствии с [пунктом 251](#) настоящих Правил.

Территориальный фонд субъекта Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи 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.

162. Территориальные фонды осуществляют расчеты за медицинскую 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.

163. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи 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 организации проведения экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с [порядком](#) организации и проведения контроля.

164. При осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого они застрахованы, информационный обмен осуществляется в электронном виде в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, утвержденным [приказом](#) Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. N 79 "Общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования" <14> (далее - порядок ведения персонифицированного учета).

<14> С изменениями, внесенными приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 9 сентября 2016 г. N 169, от 17 ноября 2017 г. N 323, от 23 марта 2018 г. N 54, от 28 сентября 2018 г. N 200 (согласно письму Министерства юстиции Российской Федерации от 27 июля 2018 г. N 01/99744-ЮЛ [приказ](#) Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. N 79 "Общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования" не подлежал представлению на государственную регистрацию в Министерство юстиции Российской Федерации).

165. 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 двадцати пяти рабочих дней с даты предъявления счета в

электронном виде.

166. Медицинская организация 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 (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета) (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета) и печатью медицинской организации.

Реестр счета за медицинскую помощь должен содержать 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:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату и место рождения;

вес при рождении (для новорожденных);

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

номер полиса;

6) 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 оказания медицинской помощи;

объемы оказанной медицинской помощи;

профиль оказанной медицинской помощи (код);

должность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);

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

стоимость оказанной медицинской помощи;

результат обращения за медицинской помощью (код);

виды диагностических и (или) консультативных услуг.

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

(п. 166.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 09.04.2020 N 299н)

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

168. 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 по месту страхования и месту оказания медицинской помощи выбирают кандидатуру специалиста-эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи и территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи проводит соответствующую экспертизу повторно.

В случае отсутствия согласованной кандидатуры специалиста-эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи территориальный фонд по месту страхования в течение пяти рабочих дней назначает специалиста-эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи.

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с [пунктом 10 статьи 40](#) Федерального закона применяются меры, предусмотренные [статьей 41](#) Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи.

169. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты представления счета медицинской организацией производит его оплату с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и направляет территориальному фонду по месту страхования счет.

Данный счет должен содержать 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;
 - 5) период, за который выставлен счет;
 - 6) сведения о застрахованных лицах, которым оказана медицинская помощь в разрезе застрахованных лиц:
 - фамилию, имя, отчество (при наличии);
 - пол;
 - дату и место рождения;
 - данные документа, удостоверяющего личность;
 - номер полиса;
 - 7) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:
 - вид оказанной медицинской помощи (код);
 - диагноз в соответствии с МКБ-10;
 - 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);

дату начала и дату окончания оказания медицинской помощи;

объемы оказанной медицинской помощи;

профиль оказанной медицинской помощи (код);

должность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);

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

стоимость оказанной медицинской помощи;

результат обращения за медицинской помощью (код);

виды диагностических и (или) консультативных услуг;

8) вид информации: 0 - основная, 1 - исправленная;

9) 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 подписями руководителя и главного бухгалтера медицинской организации (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета) и печатью территориального фонда. В случае осуществления электронного документооборота при расчетах за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого они застрахованы, счет должен быть заверен усиленной квалифицированной электронной подписью руководителя и главного бухгалтера территориального фонда (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета).

170. 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) сумму по счету;
- 5) сумму, не принятую к оплате;
- 6) дефект, нарушение в соответствии с [порядком](#) организации и проведения контроля (код).

171. 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 161](#) настоящих Правил.

172. 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) сумму по счету;
- 5) сумму, не принятую к оплате;
- 6) дефект, нарушение в соответствии с [порядком](#) организации и проведения контроля (код).

173. 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 руководителя и главного бухгалтера территориального фонда (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета).

174. Причинами, требующими дополнительного рассмотрения отдельных позиций счета, являются случаи, предусмотренные в порядке и организации проведения контроля.

175. Не подлежит межтерриториальным расчетам медицинская помощь, не входящая в базовую программу.

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

177. Работа с реестрами счетов осуществляется как с документами, содержащими информацию ограниченного доступа, не относящуюся к государственной тайне.

178. 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, дату;
- 3) суммы счетов, предъявленных к возмещению, возмещенных и отказанных в возмещении;
- 4) сальдо на конец отчетного периода с указанием номера, даты счета и суммы.

179. 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 февраля года, следующего за отчетным, в территориальные фонды по месту страхования.

180. Территориальный фонд по месту страхования, получивший акт сверки, производит сверку данных и один экземпляр акта сверки в срок до 15 марта года, следующего за отчетным, направляет в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи.

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

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

группам застрахованных лиц в зависимости от пола, возраста.

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

- 1) ноль - четыре года мужчины/женщины;
- 2) пять - семнадцать лет мужчины/женщины;
- 3) восемнадцать - пятьдесят девять лет мужчины;
- 4) восемнадцать - пятьдесят четыре года женщины;
- 5) шестьдесят лет и старше мужчины;
- 6) пятьдесят пять лет и старше женщины.

При расчете дифференцированного подушевого норматива в субъекте Российской Федерации допустимо использовать распределение численности на половозрастные подгруппы с учетом дифференциации в оказании медицинской помощи.

183. Дифференцированные подушевые нормативы рассчитываются в следующей последовательности:

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

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

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

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

$$P = Z \div M \div Ч,$$

где:

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

период;

М - количество месяцев в расчетном периоде;

Ч - численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации;

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

$$P_i = Z_i \div M \div \text{Ч}_i,$$

где:

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

М - количество месяцев в расчетном периоде;

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

рассчитываются коэффициенты дифференциации KD_i для каждой половозрастной группы по формуле:

$$KD_i = P_i \div P;$$

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

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

где:

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

$\Delta Н$ - 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 в объеме не более 1/12 от размера средств нормированного страхового запаса, утвержденного в бюджете территориального фонда на текущий год на цели, предусмотренные [пунктом 1](#) и [пунктом 2 части 6 статьи 26](#) Федерального закона;

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

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

Ч - среднемесячная численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации;

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

$$Д_i = C \times КД_i,$$

где:

С - среднедушевой норматив финансирования страховой медицинской организации;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

186. Тариф на оплату медицинской помощи включает в себя:

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

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

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

187. Для установления тарифов используются следующие методы определения затрат:

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

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

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

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

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

$$T_i = \sum_j G_j,$$

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

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

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

- 1) затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников, принимающих непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги);
- 2) затраты на приобретение материальных запасов, потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги);
- 3) затраты на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь), используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги);
- 4) иные затраты, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги).

Группы затрат могут быть дополнительно детализированы.

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

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

- 1) затраты на коммунальные услуги;
- 2) затраты на содержание объектов недвижимого имущества, закрепленного за медицинской организацией на праве оперативного управления или приобретенным медицинской организацией

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

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

4) затраты на приобретение услуг связи;

5) затраты на приобретение транспортных услуг;

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

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

8) прочие затраты на общехозяйственные нужды.

Группы затрат могут быть дополнительно детализированы.

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

197. Затраты на материальные запасы определяются исходя из нормативных объемов потребления материальных запасов или фактических объемов потребления материальных запасов за прошлые годы в натуральном или стоимостном выражении и включают в себя затраты на

приобретение материальных запасов, непосредственно используемых для оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

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

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

- 1) затраты на холодное водоснабжение и водоотведение;
- 2) затраты на горячее водоснабжение;
- 3) затраты на теплоснабжение;
- 4) затраты на электроснабжение.

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

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

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

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

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.

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

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

где:

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

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

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

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

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

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

2) затраты на аренду недвижимого имущества;

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

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

5) прочие затраты на содержание недвижимого имущества.

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

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

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

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

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

5) прочие затраты на содержание движимого имущества;

6) затраты на арендную плату <15>.

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

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

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

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

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

1) пропорционально фонду оплаты труда основного персонала, непосредственно

участвующего в оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

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

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

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

5) пропорционально иному выбранному показателю.

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

Таблица

Расчет стоимости медицинской помощи (медицинской услуги)

(наименование медицинской услуги)

N п/п	Наименование статей затрат	Сумма (руб.)
1.1.	Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников, принимающих непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги)	
1.2.	Затраты на приобретение материальных запасов, потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги)	
1.3.	Сумма начисленной амортизации основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги) <*>	
1.4.	Иные затраты, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги)	
	Итого затрат, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги)	

2.1.	Затраты на коммунальные услуги	
2.2.	Затраты на содержание объектов недвижимого имущества	
2.3.	Затраты на содержание объектов движимого имущества	
2.4.	Затраты на приобретение услуг связи	
2.5.	Затраты на приобретение транспортных услуг	
2.6.	Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинской организации, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги)	
2.7.	Сумма начисленной амортизации основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, не используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги) <*>	
2.8.	Прочие затраты на общехозяйственные нужды	
	Итого затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом	
	Стоимость медицинской помощи (медицинской услуги)	

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

**XIII. Порядок оказания видов медицинской помощи,
установленных базовой программой обязательного медицинского
страхования, застрахованным лицам за счет средств
обязательного медицинского страхования в медицинских
организациях, созданных в соответствии с законодательством
Российской Федерации и находящихся за пределами территории
Российской Федерации**

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

211. Медицинская помощь застрахованным лицам оказывается в соответствии с

законодательством Российской Федерации.

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

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

Реестр должен содержать следующую информацию:

- 1) наименование медицинской организации;
 - 2) идентификационные данные, присвоенные юридическому лицу налоговым органом;
 - 3) период, за который выставлен счет;
 - 4) наименование субъекта Российской Федерации, в котором застрахованному лицу выдан полис;
 - 5) номер позиции реестра;
 - 6) сведения о застрахованном лице:
 - фамилию, имя, отчество (при наличии);
 - пол;
 - дату и место рождения;
 - серию, номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе;
 - серию, номер полиса;
 - наименование страховой медицинской организации;
 - дату регистрации в качестве застрахованного лица;
 - 7) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:
 - вид оказанной медицинской помощи (код);
 - диагноз в соответствии с МКБ-10;
 - дату начала и дату окончания оказания медицинской помощи;
-

объемы оказанной медицинской помощи;

профиль оказанной медицинской помощи (код);

должность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);

тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу;

стоимость оказанной медицинской помощи;

результат обращения за медицинской помощью (код).

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

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

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

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

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с [пунктом 10 статьи 40](#) Федерального закона применяются меры, предусмотренные [статьей 41](#) Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи.

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

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

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

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

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

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

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

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

XIV. Требования к размещению страховыми медицинскими организациями информации

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

- 1) о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования;
- 2) о руководителях, об акционерах (участниках, членах);

3) о финансовых результатах деятельности;

4) об опыте работы;

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

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

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

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

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

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

<16> [Статья 21](#) Федерального закона N 323-ФЗ.

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

прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации и врача;

организации работы медицинской организации;

этики и деонтологии;

качества медицинской помощи;

лекарственного обеспечения;

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

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

12) о порядке получения полиса, в том числе:

[форму](#) заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации;

форму заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса;

адреса и режим работы пунктов выдачи полисов;

способы подачи заявления;

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

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

перечень документов, необходимых для получения полиса;

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

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

13) об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным [законом](#);

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

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

<17> [Статья 46](#) Федерального закона N 323-ФЗ.

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

о возможности дистанционной записи на медицинские исследования.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

230. В соответствии со [статьей 14](#) Федерального закона страховая медицинская организация в порядке, установленном настоящими Правилами, осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи.

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

- 1) медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, режиме их работы;
 - 2) праве выбора (замены) и порядке выбора (замены) страховой медицинской организации, медицинской организации и врача;
-

3) порядке получения полиса;

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

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

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

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

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

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

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

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

234. Работа с обращениями граждан, обеспечение организации информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий, формирование списков лиц, подлежащих диспансеризации и лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, организация индивидуального информирования застрахованных лиц о необходимости прохождения профилактических мероприятий и диспансерной явки, мониторинг и анализ результатов профилактических мероприятий, в том

числе профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, подготовка предложений для медицинских организаций по организации профилактических медицинских осмотров и диспансеризации осуществляются страховым представителем страховой медицинской организации.

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

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

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

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

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

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

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

242. Обращение по конкретному случаю оказания медицинской помощи, сформированное

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2) номер полиса;

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

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

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

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

-
- 7) наименование медицинской организации, оказавшей медицинские услуги застрахованному лицу;
 - 8) сведения о виде оказанной медицинской помощи;
 - 9) информацию об условиях оказания медицинских услуг;
 - 10) наименование медицинской услуги;
 - 11) дату начала оказания медицинской услуги;
 - 12) дату окончания оказания медицинской услуги;
 - 13) сведения о стоимости медицинских услуг, оказанных застрахованному лицу в медицинской организации за указанный период, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

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

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

248. При выдаче направления на госпитализацию в плановом порядке лечащий врач обязан информировать застрахованное лицо или его законного представителя о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание специализированной медицинской помощи с учетом сроков ожидания указанного вида медицинской помощи, установленных территориальной программой. На основании указанной информации застрахованное лицо или его законный представитель осуществляет выбор медицинской организации для оказания ему специализированной медицинской помощи <18>.

<18> [Приказ](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 мая 2015 г., регистрационный N 24278) и [приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1342н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 марта 2013 г., регистрационный N 27617).

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

250. Страховые медицинские организации и медицинские организации получают доступ к информационному ресурсу и используют информацию, размещенную на указанном ресурсе, для осуществления сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

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

251. Страховая медицинская организация обеспечивает контроль за соблюдением прав застрахованных лиц, в том числе с онкологическими заболеваниями, на оказание медицинской помощи в соответствии с [порядками](#) оказания медицинской помощи, на основе [клинических рекомендаций](#) и с учетом [стандартов](#) медицинской помощи, в том числе своевременность проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий.

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

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

- 1) единый номер полиса застрахованного лица;
- 2) номера и даты счетов на оплату медицинской помощи;
- 3) коды медицинских организаций, оказавших медицинскую помощь;
- 4) о посещениях/обращениях в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь по месту жительства/прикрепления;
- 5) о законченных случаях лечения в условиях стационара и дневного стационара;
- 6) даты начала и окончания оказания медицинской помощи;
- 7) о диагнозах основном и сопутствующим по МКБ-10;
- 8) результаты обращения за медицинской помощью;

9) сведения о диспансерном наблюдении.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ресурсе за истекшие сутки о:

- 1) выполнении объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, оказание которой предусмотрено лицензией на осуществление медицинской деятельности медицинской организации;
- 2) количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи на текущий день и на ближайшие десять рабочих дней с указанием планируемой даты освобождения места;
- 3) застрахованных лицах, госпитализированных за день по направлениям, в том числе на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее - талон на оказание ВМП) в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи (в том числе в разрезе медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию);
- 4) застрахованных лицах, госпитализированных в экстренном порядке;
- 5) застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний.

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

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

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

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

проведения контроля.

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

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

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

2) начавших прохождение диспансеризации;

3) завершивших первый этап диспансеризации;

4) направленных на второй этап диспансеризации;

5) завершивших второй этап диспансеризации.

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

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

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

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

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

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

260. Страховая медицинская организация на основании информации, полученной в

соответствии с [пунктом 259](#) настоящих Правил, в течение одного рабочего дня осуществляет контроль правильности направлений застрахованных лиц на госпитализацию в профильные медицинские организации.

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

262. Страховая медицинская организация ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени информирует каждую медицинскую организацию, с которой у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и/или специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, о застрахованных лицах, получивших за истекшие сутки направление на госпитализацию в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи (в том числе в разрезе медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию), включая дату госпитализации.

263. Страховая медицинская организация ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени информирует каждую медицинскую организацию, с которой у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи, оказывающую первичную медико-санитарную помощь и/или специализированную медицинскую помощь:

1) об объемах медицинской помощи и количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) оказания медицинской помощи по каждой медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и/или специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь;

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

264. Страховая медицинская организация ведет учет застрахованных лиц:

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

2) начавших прохождение диспансеризации;

3) завершивших первый этап диспансеризации;

4) направленных на второй этап диспансеризации;

5) завершивших второй этап диспансеризации;

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

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

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

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

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

2) дата включения застрахованного лица в группу диспансерного наблюдения;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

269. Медицинская организация по истечении срока, определенного [пунктом 265](#) настоящих

Правил, в течение пяти рабочих дней средствами информационного ресурса вносит необходимые корректировки в сведения, представленные в соответствии с [пунктами 265 и 266](#) настоящих Правил, и направляет в страховые медицинские организации с учетом результатов идентификации сведения о лицах, включенных в списки для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения на текущий календарный год, распределенные поквартально с учетом имеющихся возможностей медицинской организации для самостоятельного выполнения работ (услуг), необходимых для проведения профилактических мероприятий в полном объеме, или привлечения для выполнения некоторых видов работ (услуг) иных медицинских организаций на основании заключенного договора.

270. Страховая медицинская организация в случае несвоевременного представления сведений в соответствии с [пунктом 269](#) Правил информирует территориальный фонд о перечне медицинских организаций, не предоставивших указанные сведения в установленные сроки.

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

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

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

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

274. Страховая медицинская организация представляет в территориальный фонд отчет об информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи по [форме](#), устанавливаемой Федеральным фондом в соответствии с [пунктом 6.1 части 8 статьи 33](#) Федерального закона.

275. Обмен информацией между медицинскими организациями, страховой медицинской организацией и территориальным фондом осуществляется в электронной форме с соблюдением требований по защите персональных данных и иной конфиденциальной информации в соответствии с [частью 6 статьи 44](#) Федерального закона.

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

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

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

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

ПОЛОЖЕНИЕ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОМИССИИ ПО РАЗРАБОТКЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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

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

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

профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации.

4. Комиссия:

1) разрабатывает проект территориальной программы;

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

3) распределяет на отчетный год с поквартальной разбивкой и корректирует в течение года объемы предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации (за исключением медицинских организаций, находящихся за пределами Российской Федерации, включенных в реестр медицинских организаций), в пределах и на основе установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи, до 1 января года, на который осуществляется распределение;

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

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

6) определяет порядок представления информации членами Комиссии.

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

1) рассматривает информацию:

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

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

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

видам медицинской помощи, перечню заболеваний, порядку и условиям предоставления медицинской помощи, включая сроки ожидания медицинской помощи, значениям нормативов

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

целевым значениям критериев доступности и качества медицинской помощи;

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

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

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

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

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

8. Распределение и корректировка объемов медицинской помощи осуществляется:

1) по видам и условиям предоставления медицинской помощи;

2) в разрезе профилей отделений и врачебных специальностей;

3) с учетом показателей потребления медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, численности и половозрастной структуры застрахованных лиц.

9. При распределении и корректировке объемов медицинской помощи учитываются:

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

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

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

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

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

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

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

Распределение объемов медицинской помощи медицинской организации осуществляется Комиссией в объемах, не превышающих предложения медицинской организации, представленные в уведомлении в соответствии с [подпунктами 19 и 23 пункта 104](#) настоящих Правил, после оценки объемов медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации.

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

1) территориальным фондом:

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

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

соответствующий финансовый год (далее - плановый год);

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

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

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

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

предложения по распределению объемов финансовых средств между страховыми медицинскими организациями;

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

3) медицинскими организациями:

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

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

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

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

4) исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья - предложения по распределению объемов предоставления медицинской помощи медицинским организациям в соответствии с [порядками](#) оказания медицинской помощи и с учетом [стандартов](#) медицинской помощи, сроков ожидания медицинской помощи по территориальной программе и объективных критериев (среднего радиуса территории

обслуживания скорой медицинской помощи, количества фельдшерско-акушерских пунктов, расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи и других).

Секретарем Комиссии в течение трех рабочих дней с даты поступления предложений формируются и представляются членам Комиссии материалы для рассмотрения. Распределение объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями осуществляется Комиссией в течение трех рабочих дней после получения материалов от секретаря Комиссии.

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

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

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

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

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

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

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

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

При распределении объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями критерии рассматриваются Комиссией комплексно.

12. 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, к работе которой кроме членов Комиссии могут привлекаться специалисты органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации.

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

В срок до 15 декабря текущего года страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья предоставляются к заседанию рабочей группы данные статистической и финансовой отчетности, необходимые для расчета тарифов на оплату медицинской помощи, и предложения по способам оплаты медицинской помощи и структуре тарифов на оплату медицинской помощи, установленные территориальной программой в соответствии с базовой программой, утверждаемой в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

На основании представленных данных рабочая группа:

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

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

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

14. О принятых решениях по распределению объемов предоставления медицинской помощи и финансовых средств между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями Комиссия до 30 декабря текущего года информирует территориальный фонд, исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, страховые медицинские организации и медицинские организации.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Код субъекта Российской Федерации по ОКАТО , где расположена страховая медицинская организация, в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ	1	
--	---	--

Реестровый номер	2	
Код причины постановки на учет (КПП), для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения	3	
ИНН	4	
ОГРН	5	
Полное и сокращенное (при наличии) наименования страховой медицинской организации (филиала/представительства) в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ	6	
Организационно-правовая форма страховой медицинской организации в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ	7	
Головная организация (1), филиал (представительство) (2)	8	
Место нахождения и адрес страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ	9	
Фактический адрес страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ	10	
Место нахождения и адрес филиала (представительства) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ	11	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты	12	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя филиала (представительства), адрес электронной почты	13	
Номер, дата выдачи, дата окончания действия лицензии	14	
Дата включения страховой медицинской организации в реестр страховых медицинских организаций	15	
Дата исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций	16	
Причина исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций	17	
Численность застрахованных лиц в субъекте Российской	18	

Федерации на дату подачи уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования		
---	--	--

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

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

Код субъекта Российской Федерации по ОКАТО , где расположена медицинская организация, в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ	1	
Реестровый номер	2	
Полное и сокращенное (при наличии) наименования медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ	3	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии с выпиской из ЕГРИП	4	
Код причины постановки на учет (КПП) для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения	5	
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	6	
ОГРН	7	
Организационно-правовая форма и код организационно-правовой формы (ОКОПФ) медицинской организации в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ	8	
Код подчиненности:	9	

- головная организация, находящаяся на территории субъекта Российской Федерации (1.0), - головная организация, находящаяся на территории другого субъекта Российской Федерации (1.1), - филиал (представительство), находящийся на территории субъекта Российской Федерации (2.0), - филиал (представительство), находящийся на территории другого субъекта Российской Федерации (2.1)		
Код формы собственности в соответствии с Общероссийским классификатором форм собственности (ОКФС) и в соответствии с уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ	10	
Место нахождения и адрес медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ	11	
Место нахождения и адрес филиала (представительства) медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ	12	
Место нахождения и адрес индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ	13	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты	14	
Номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность	15	
Сведения о структурных подразделениях медицинской организации (при наличии структурных подразделений в составе медицинской организации)	16	
Код структурного подразделения медицинской организации	17	
Полное и сокращенное (при наличии) наименования структурного подразделения медицинской организации	18	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона руководителя структурного подразделения	19	
Фактические адреса отделений структурного подразделения медицинской организации	20	
Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (наименование, номер, дата выдачи и окончания срока действия, фактический адрес отделения (структурного	21	

подразделения) медицинской организации, для которого действует указанный документ)		
Виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы	22	
Профили медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией в рамках территориальной программы	23	
Дата включения медицинской организации в реестр медицинских организаций	24	
Дата исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций	25	
Причина исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций	26	
