

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ
от 28 февраля 2011 г. N 158н**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Список изменяющих документов
(в ред. Приказов Минздравсоцразвития России от 10.08.2011 [N 897н](#),
от 09.09.2011 [N 1036н](#),
Приказов Минздрава России от 22.03.2013 [N 160н](#),
от 21.06.2013 [N 396н](#), от 20.11.2013 [N 859ан](#))

В соответствии с [Постановлением](#) Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. N 74 "О правилах обязательного медицинского страхования" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 8, ст. 1119) приказываю:

Утвердить [Правила](#) обязательного медицинского страхования согласно приложению.

Министр
Т.А.ГОЛИКОВА

Приложение
к Приказу Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 28 февраля 2011 г. N 158н

**ПРАВИЛА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Список изменяющих документов
(в ред. Приказов Минздравсоцразвития России от 10.08.2011 [N 897н](#),
от 09.09.2011 [N 1036н](#),
Приказов Минздрава России от 22.03.2013 [N 160н](#),
от 21.06.2013 [N 396н](#), от 20.11.2013 [N 859ан](#))

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 "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" <*> (далее - Федеральный закон).

<*> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529; N 49, ст. 7047, ст. 7057; 2012, N 31, ст. 4322; N 49, ст. 6758).
(в ред. Приказа Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н, Приказа Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

2. Правила устанавливают порядок подачи **заявления** о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом; единые требования к полису обязательного медицинского страхования; порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования либо временного свидетельства застрахованному лицу; порядок ведения реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования; порядок ведения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования; порядок направления территориальным фондом обязательного медицинского страхования сведений о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица 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 заключения и исполнения договоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования со страховыми медицинскими организациями в 2011 году; положение о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования согласно **приложению N 1** к настоящим Правилам; порядок информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями.

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н, Приказа Минздрава России от 20.11.2013 N 859н)

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

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

4. Выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими **законными представителями**, путем подачи заявления в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом обязательного медицинского страхования <*> на его официальном сайте в сети "Интернет" и может дополнительно опубликовываться иными способами <*>.

(в ред. Приказа Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

<*> Далее - территориальный фонд.

<*> [Часть 4 статьи 16](#) Федерального закона.

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

<*> [Часть 3 статьи 16](#) Федерального закона.

6. Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - законный представитель) обращается в выбранную им страховую медицинскую организацию или иные организации, уполномоченные субъектом Российской Федерации (далее - иные организации) с [заявлением](#) о выборе (замене) страховой медицинской организации, которое содержит следующие сведения:

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

1) о застрахованном лице:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

место рождения;

гражданство;

страховой номер индивидуального лицевого счета, принятый в соответствии с [законодательством](#) Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) (далее - СНИЛС);

данные документа, удостоверяющего личность;

место жительства;

место регистрации;

дата регистрации;

контактная информация;

категория застрахованного лица в соответствии со [статьей 10](#) Федерального закона;

(абзац введен [Приказом](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

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

фамилия, имя, отчество (при наличии);

отношение к застрахованному лицу;

данные документа, удостоверяющего личность;

контактная информация;

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

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

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

(пп. 3.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

4) о полисе обязательного медицинского страхования (далее - полис) (бумажный, электронный, электронный в составе универсальной электронной карты гражданина, отказ от получения полиса).

6.1. При подаче заявления с указанием формы полиса - электронный в составе универсальной электронной карты - застрахованному лицу необходимо не позднее 5 рабочих дней после подачи заявления в страховую медицинскую организацию подать [заявление](#) о выдаче

универсальной электронной карты в уполномоченную организацию субъекта Российской Федерации, определенную для обеспечения выпуска, выдачи и обслуживания универсальных электронных карт (далее - уполномоченная организация субъекта Российской Федерации).

Выдача изготовленной универсальной электронной карты осуществляется в уполномоченной организации субъекта Российской Федерации.

В случае если в течение 5 рабочих дней с даты подачи заявления сведения о подаче застрахованным лицом заявления о выдаче универсальной электронной карты не поступят из уполномоченной организации субъекта Российской Федерации в территориальный фонд, то застрахованному лицу будет изготовлен полис обязательного медицинского страхования в форме бумажного бланка (далее - бумажный полис). Выдача изготовленного бумажного полиса осуществляется в страховой медицинской организации или иной организации, в которую было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации.

(п. 6.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

6.2. Обращение застрахованного лица в иные организации с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации осуществляется исключительно в случае выбора страховой медицинской организации, в которой он был застрахован ранее. В данном случае временное свидетельство, предусмотренное [пунктом 34](#) настоящих Правил, не выдается.

(п. 6.2 введен [Приказом](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

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

(п. 7 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

8. При принятии заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме территориальный фонд направляет заявителю подтверждение приема заявления в форме электронного документа на электронный адрес, указанный в заявлении.

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

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

свидетельство о рождении;

документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;

СНИЛС (при наличии);

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

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

СНИЛС (при наличии);

3) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным [законом](#) "О беженцах" <*>, - удостоверение беженца, или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации <*>;

(пп. 3 в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 10.08.2011 N 897н)

<*> Федеральный [закон](#) от 19 февраля 1993 г. N 4528-1 "О беженцах" (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 12, ст. 425; Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 26, ст. 2956; 1998, N 30, ст. 3613; 2000, N 33, ст. 3348; 2000, N 46, ст. 4537; 2003, N 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, N 27, ст. 2711; 2004, N 35, ст. 3607; 2006, N 31 (ч. I), ст. 3420; 2007, N 1 (ч. I), ст. 29; 2008, N 30 (ч. II), ст. 3616; 2011, N 1, ст. 29; 2011, N 27, ст. 3880).

(сноска в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 10.08.2011 N 897н)

<*> [Приказ](#) Федеральной миграционной службы от 5 декабря 2007 г. N 452 "Об утверждении Административного регламента Федеральной миграционной службы по исполнению государственной функции по исполнению законодательства Российской Федерации о беженцах" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 21 февраля 2008 года, регистрационный N 11209) (Российская газета, 2008, N 88).

(сноска в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 10.08.2011 N 897н)

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 <*>;

<*> Федеральный [закон](#) от 25 июля 2002 г. N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 30, ст. 3032; 2010, N 52 (ч. I), ст. 7000).

СНИЛС (при наличии);

8) для представителя застрахованного лица:
документ, удостоверяющий личность;
доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленной в соответствии со [статьей 185](#) части первой Гражданского кодекса Российской Федерации <*>;

<*> Федеральный [закон](#) от 30 февраля 1994 г. N 51-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 1994, N 32, ст. 3301; 2010, N 31, ст. 4163).

9) для [законного представителя](#) застрахованного лица:
документ, удостоверяющий личность, и (или) документ, подтверждающий полномочия законного представителя;

10) исключен. - [Приказ](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан;

11) для лиц, не идентифицированных в период лечения, медицинской организацией 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) <*>;

<*> Со слов гражданина или по имеющимся документам.

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

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

10. Принятое заявление заверяется подписью представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации/иной организации, руководителем страховой медицинской организации/иной организации, печатью страховой медицинской организации/иной организации.

(п. 10 в ред. Приказа Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

11. На основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и прилагаемых согласно [пункту 9](#) настоящих Правил документов страховая медицинская организация осуществляет учет застрахованного лица по обязательному медицинскому страхованию.

12. В соответствии с [пунктом 2 части 2 статьи 16](#) Федерального закона застрахованное лицо лично или через своего представителя подает [заявление](#) о выборе страховой медицинской организации.

13. Сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, ежемесячно до 10-го числа направляются территориальным фондом в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них для заключения договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования <*>. Соотношение работающих граждан и неработающих граждан, не обратившихся в страховую медицинскую организацию, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным <*>.

(п. 13 в ред. Приказа Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

<*> Далее - договор о финансовом обеспечении.

<*> [Часть 6 статьи 16](#) Федерального закона.

14. Страховые медицинские организации:

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

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

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

<*> [Часть 7 статьи 16](#) Федерального закона.

15. Замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован

гражданин, застрахованное лицо, в соответствии с [пунктом 3 части 1 статьи 16](#) Федерального закона, осуществляет один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию.

16. 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.

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

<*> [Часть 15 статьи 38](#) Федерального закона.

18. 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.

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

<*> См. [части 2 и 5 статьи 16](#) Федерального закона.

III. Единые требования к полису обязательного медицинского страхования

20. На территории Российской Федерации действуют [полисы](#) единого образца.

21. В субъектах Российской Федерации, где осуществляется использование универсальной электронной карты, полис обеспечивается федеральным электронным приложением, содержащимся в универсальной электронной карте, в соответствии с Федеральным [законом](#) от 27 июля 2010 г. N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг" <*> или может быть представлен в форме бумажного бланка (далее - бумажный полис) или в форме пластиковой карты с электронным носителем (далее - электронный полис). До введения в субъектах Российской Федерации универсальных электронных карт полис может быть представлен в форме бумажного полиса или в форме электронного полиса.

(п. 21 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

<*> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 31, ст. 4179.

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

- 1) бланки бумажного и электронного полиса учитываются как бланки строгой отчетности;
- 2) бланки бумажного и электронного полиса имеют лицевую и оборотную сторону;
- 3) бланки бумажного и электронного полиса должны быть отпечатаны с двух сторон и иметь защитный комплекс, применяемый для защиты от подделок и внесения изменений/искажений графических элементов и персональных данных застрахованного лица, размещенных на нем.

23. К бумажному полису предъявляются следующие требования:

- 1) бумажный полис представляет собой лист формата А5;
- 2) лицевая сторона бумажного полиса заверяется подписью застрахованного лица и содержит следующие сведения и персональные данные о нем:
номер полиса;

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

срок действия полиса;

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

номер полиса;

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

место рождения;

срок действия полиса;

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

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

дата регистрации застрахованного лица в страховой медицинской организации;

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

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

24. К визуальным сведениям электронного полиса предъявляются следующие требования:

1) лицевая сторона содержит:

номер полиса;

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

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

срок действия полиса;

подпись застрахованного лица;

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

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

26. К электронному страховому приложению предъявляются следующие требования:

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

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

3) наличие неизменяемых данных:

номер полиса;

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

место рождения;

СНИЛС (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.

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

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

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

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

30. 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, в том числе в форме универсальной электронной карты. С 1 мая 2011 года выдача полисов застрахованным лицам осуществляется в соответствии с настоящей главой Правил.

(п. 30 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

31. Гражданам Российской Федерации, а также постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства полис выдается без ограничения срока действия.

32. Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным [законом](#) "О беженцах", полис выдается на срок пребывания, установленный в документах, указанных в [подпункте 3 пункта 9](#) настоящих Правил.

33. Временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства полис выдается на срок действия разрешения на временное проживание.

34. В день подачи [заявления](#) о выборе (замене) страховой медицинской организации страховая медицинская организация выдает застрахованному лицу полис либо временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса и удостоверяющее право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая (далее - временное свидетельство).

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

35. 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.

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

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

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

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

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

38. Не позднее одного рабочего дня, следующего за днем обращения застрахованного лица с [заявлением](#) о выборе (замене) страховой медицинской организации страховая медицинская организация передает информацию о застрахованном лице, подавшем заявление, в территориальный фонд и в течение двух рабочих дней осуществляет проверку на наличие у застрахованного лица действующего полиса в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

(в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

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

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

41. В течение одного рабочего дня со дня получения сведений из центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц территориальный фонд направляет результаты проверки в страховую медицинскую организацию.

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

43. 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).

КонсультантПлюс: примечание.

В соответствии с Федеральным [законом](#) от 06.04.2011 N 63-ФЗ (ред. от 02.07.2013) в случаях, если федеральными законами и иными нормативными правовыми актами, вступившими в силу до 1 июля 2013 года, предусмотрено использование электронной цифровой подписи, используется усиленная квалифицированная электронная [подпись](#).

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

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

46. Перечень сведений, включаемых в заявку, должен соответствовать единым требованиям

к полису, предусмотренным [главой III](#) настоящих Правил.

47. Заявка также должна содержать информацию о форме полиса (бумажный, электронный, электронный в составе универсальной электронной карты гражданина).

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

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

50. Страховая медицинская организация выдает застрахованному лицу полис в срок, не превышающий срока действия временного свидетельства. Застрахованное лицо расписывается в получении полиса в журнале регистрации выдачи полисов.

51. Федеральный фонд и территориальные фонды организуют информирование застрахованных об изготовленных полисах через официальные сайты территориальных фондов в сети "Интернет".

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

52. 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, данных документа, удостоверяющего личность, осуществляется переоформление полиса.

(п. 52 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

<*> [Пункт 3 статьи 2 части 16](#) Федерального закона.

53. Переоформление полиса осуществляется также в случаях:

- 1) изменения даты рождения, места рождения застрахованного лица;
- 2) установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

54. Переоформление полиса осуществляется по [заявлению](#) застрахованного лица о переоформлении. Переоформление полиса осуществляется при предъявлении документов, подтверждающих изменения.

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

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

2) утери полиса.

56. [Заявления](#) о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса содержит следующие сведения:

- 1) о застрахованном лице:
фамилия, имя, отчество (при наличии);
пол;
дата рождения;
место рождения;
гражданство;
СНИЛС (при наличии);
данные документа, удостоверяющего личность;
место жительства;
место регистрации;
дата регистрации;
контактная информация;

категория застрахованного лица в соответствии со [статьей 10](#) Федерального закона;
(абзац введен [Приказом](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

- 2) о представителе застрахованного лица (в том числе законном представителе):
фамилия, имя, отчество (при наличии);

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

3) наименование страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом;

4) о полисе (бумажный, электронный, электронный в составе универсальной электронной карты гражданина).

57. Заявления о переоформлении полиса и выдаче дубликата полиса оформляются в порядке, предусмотренном пунктами 7, 8 настоящих Правил.

58. Принятое заявление заверяется подписью представителя страховой медицинской организации и печатью страховой медицинской организации.

59. В случаях смерти застрахованного лица, получения нового полиса в случаях, предусмотренных пунктами 52, 53 настоящих Правил, окончания срока действия полиса территориальными фондами вносится соответствующая отметка в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.

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

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

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

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

<*> [Статья 15](#) Федерального закона от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, N 48, ст. 4563; 2001, N 33 (часть I), ст. 3426; 2004, N 35, ст. 3607).

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

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

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

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

Информация по электронной почте или через сеть "Интернет" в режиме вопросов-ответов предоставляется каждому застрахованному лицу, задавшему вопрос, не позднее пяти рабочих дней, следующих за днем получения вопроса.

65. Страховые медицинские организации обязаны ознакомить застрахованных лиц, получающих полис, с настоящими Правилами, базовой программой обязательного медицинского страхования (далее - базовая программа), территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее - территориальная программа), перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации. Одновременно с полисом застрахованному лицу страховая медицинская

организация предоставляет информацию о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и контактные телефоны территориального фонда и страховой медицинской организации, выдавшей полис, которая может доводиться до застрахованных лиц в виде памятки.

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

67. Бланки временных свидетельств учитываются как бланки строгой отчетности.

68. Испорченные, недействительные и невостребованные полисы и временные свидетельства хранятся в страховой медицинской организации в течение трех лет. По истечении срока хранения они подлежат списанию и уничтожению по решению комиссии, создаваемой приказом страховой медицинской организации, согласованным с территориальным фондом, с оформлением **акта** списания и уничтожения полисов и временных свидетельств, признанных недействительными или невостребованными.

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

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

70. Ведение реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации (далее - реестр страховых медицинских организаций) осуществляется территориальным фондом по форме согласно **приложению N 2** к настоящим Правилам.

(в ред. **Приказа** Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

71. 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.

72. Реестр страховых медицинских организаций содержит следующие сведения:

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

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

3) код причины постановки на учет (далее - КПП);

4) идентификационный номер налогоплательщика (далее - ИНН);

5) полное и краткое наименование страховой медицинской организации (филиала) в соответствии с ЕГРЮЛ;

6) организационно-правовая форма страховой медицинской организации;

7) головная организация (1), обособленное подразделение (филиал) (2);

8) адрес (место) нахождения страховой медицинской организации, юридический адрес;

9) адрес (место) нахождения обособленного подразделения (филиала) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации (при наличии);

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

11) фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон и факс, адрес электронной почты руководителя обособленного подразделения (филиала) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации;

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

13) дата включения страховой медицинской организации в реестр страховых медицинских

организаций;

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

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

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

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

[Уведомление](#) должно содержать следующую информацию:

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

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

3) адрес (место) нахождения страховой медицинской организации;

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

5) КПП;

6) ИНН;

7) организационно-правовая форма страховой медицинской организации;

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

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

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

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

74. Территориальный фонд проверяет представленное страховой медицинской организацией [уведомление](#) на наличие сведений, предусмотренных [пунктом 73](#) настоящих Правил.

75. 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 73](#) настоящих Правил. При представлении уведомления на бумажном носителе, одновременно представляются копии данных документов.

76. В день получения документов согласно [пункту 75](#) настоящих Правил территориальный фонд осуществляет проверку их на соответствие сведениям, предусмотренным [пунктом 73](#) настоящих Правил, при установлении соответствия вносит данную страховую медицинскую организацию в реестр страховых медицинских организаций с присвоением реестрового номера и размещает на своем официальном сайте в сети Интернет сведения, предусмотренные [подпунктами 2, 3, 5, 10, 11, 12 пункта 72](#) настоящих Правил. Представитель страховой медицинской организации вправе присутствовать при проверке соответствия документов и сведений, указанных в уведомлении.

(п. 76 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

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

78. При выявлении несоответствия сведений представленным в уведомлении в соответствии с [пунктом 72](#) настоящих Правил документам, страховой медицинской организации предлагается

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

79. В случае изменения сведений о страховой медицинской организации, предусмотренных [подпунктами 3, 4, 5, 8, 9 пункта 72](#) 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.

80. 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.

81. 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.

82. 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.

83. 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.

84. Исключение из реестра страховых медицинских организаций при направлении уведомления о досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении осуществляется с даты, указанной в уведомлении.

85. Федеральный фонд обеспечивает размещение на своем официальном сайте в сети "Интернет" единого реестра страховых медицинских организаций с указанием сведений, соответствующих [подпунктам 2, 3, 5, 10, 11, 12, 13, 14 пункта 72](#).

86. 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.

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

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

88. Ведение реестра медицинских организаций (организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы; индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой) [<*>](#), осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Российской Федерации (далее - реестр медицинских организаций), осуществляется территориальным фондом по форме согласно [приложению N 3](#) к настоящим Правилам.

(в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

[<*>](#) [Пункт 1](#) и [пункт 2](#) [части 1 статьи 15](#) Федерального закона.

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

90. Ведение единого реестра медицинских организаций осуществляется Федеральным фондом.

91. Реестр медицинских организаций содержит следующие сведения:

1) код субъекта Российской Федерации по [ОКАТО](#), где расположена медицинская организация;

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

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

3.1) фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой в соответствии с Единым государственным реестром индивидуальных предпринимателей (ЕГРИП);

4) КПП;

5) ИНН;

6) организационно-правовая форма медицинской организации;

7) адрес (место) нахождения медицинской организации;

7.1) адрес (место) нахождения индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой;

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

8.1) номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой;

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

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

11) дата включения медицинской организации в реестр медицинских организаций;

12) дата исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций;

13) причина исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций.

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

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

Уведомление содержит следующие сведения:

1) полное наименование медицинской организации;

1.1) фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой;

2) краткое наименование медицинской организации;

3) адрес (место) нахождения медицинской организации;

3.1) адрес (место) нахождения индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой;

4) КПП;

5) ИНН;

6) организационно-правовая форма медицинской организации;

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

7.1) номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой;

8) наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия разрешения на медицинскую деятельность;

9) виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы.

93. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации могут быть установлены иные сроки подачи **уведомления** вновь создаваемыми медицинскими организациями <*>.

<*> **Часть 2 статьи 15** Федерального закона.

94. В случае направления уведомления в электронном виде медицинская организация в течение семи рабочих дней с даты направления уведомления представляет в территориальный фонд копии документов, заверенные подписью руководителя медицинской организации и печатью медицинской организации, подтверждающие сведения, указанные в **пункте 92** настоящих Правил. При представлении уведомления на бумажном носителе одновременно представляются копии данных документов.

95. В день получения документов согласно **пункту 94** настоящих Правил территориальный фонд осуществляет проверку их на соответствие сведениям, предусмотренным **пунктом 92** 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.

(п. 95 в ред. **Приказа** Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

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

97. При выявлении несоответствия представленных документов сведениям, представленным в уведомлении в соответствии с **пунктом 93** настоящих Правил, медицинской организации предлагается внести уточнения в уведомление с учетом срока, установленного **частью 2 статьи 15** Федерального закона.

98. В случае изменения сведений о медицинской организации, указанных в **подпунктах 3, 3.1, 4, 5, 6, 7, 7.1, 9, 10 пункта 91** настоящих Правил, медицинская организация в течение двух рабочих дней с даты наступления этих изменений направляет в территориальный фонд в письменной форме новые сведения и документы, подтверждающие изменения сведений, для актуализации реестра медицинских организаций.

99. 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.

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

<*> **Часть 4 статьи 15** Федерального закона.

101. Исключение медицинских организаций из реестра медицинских организаций в случаях, указанных в **пункте 100** настоящих Правил, производится в течение одного рабочего дня с даты получения территориальным фондом указанных сведений.

(в ред. **Приказа** Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

102. Территориальный фонд размещает на своем официальном сайте в сети "Интернет" сведения, предусмотренные **подпунктами 2, 3, 3.1, 6, 7, 7.1, 8, 8.1, 9, 10 пункта 91** настоящих Правил, о медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, и

сведения, предусмотренные [подпунктами 2, 3, 3.1, 6, 7, 7.1, 8, 8.1, 9, 10, 11 пункта 91](#) настоящих Правил о медицинских организациях, исключенных из реестра медицинских организаций.

103. Федеральный фонд обеспечивает размещение на своем официальном сайте в сети Интернет единого реестра медицинских организаций с указанием сведений, предусмотренных [подпунктами 2, 3, 3.1, 6, 7, 7.1, 8, 8.1, 9, 10, 11 пункта 91](#) настоящих Правил.

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

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

VII. Порядок направления территориальным фондом сведений о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве

106. Сведения о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица 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 [в порядке](#), установленном Фондом социального страхования Российской Федерации по согласованию с Федеральным фондом [<**>](#).

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

[<*>](#) Далее - решение.

[<**>](#) [Часть 2 статьи 32](#) Федерального закона.

107. Территориальный фонд в течение трех рабочих дней со дня получения сведений, предусмотренных [пунктом 106](#) настоящих Правил, от территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования идентифицирует застрахованных лиц, указанных в сведениях, и передает в течение пяти рабочих дней с даты получения сведений соответствующим страховым медицинским организациям и (или) другим территориальным фондам следующие сведения о застрахованных лицах, в отношении которых территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации принято решение:

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

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

В соответствии с Федеральным [законом](#) от 06.04.2011 N 63-ФЗ (ред. от 02.07.2013) в случаях, если федеральными законами и иными нормативными правовыми актами, вступившими в силу до 1 июля 2013 года, предусмотрено использование электронной цифровой подписи, используется усиленная квалифицированная электронная [подпись](#).

108. Указанные в [пункте 107](#) настоящих Правил сведения передаются в электронном виде с использованием средств криптографической защиты информации и электронной цифровой подписи с соблюдением требований законодательства Российской Федерации по защите персональных данных.

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

VIII. Порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

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

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

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

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

заявку на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь (далее - Заявка на получение средств на оплату счетов) для проведения окончательного расчета с медицинскими организациями.

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

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

(п. 112 в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

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

- 1) наименование страховой медицинской организации;
- 2) наименование территориального фонда;
- 3) период, на который составляется заявка;
- 4) дату и номер договора о финансовом обеспечении;

5) численность застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации, определенная как среднее значение между количеством застрахованных на первое число

отчетного месяца и первое число текущего месяца (далее - среднемесячная численность);

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

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

8) дату составления заявки.

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

(п. 112.1 введен [Приказом](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

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

Остаток целевых средств, возвращенный в территориальный фонд, может быть заявлен страховой медицинской организацией для оплаты медицинской помощи в последующие периоды в случае превышения для данной страховой медицинской организации в отчетном месяце фактического объема средств на оплату медицинской помощи над объемом средств для оплаты медицинской помощи, определенным с учетом дифференцированных подушевых нормативов. Средства, предназначенные на расходы на ведение дела, с указанных средств страховой медицинской организации не направляются.

При недостатке целевых средств, полученных по заявкам, для оплаты медицинской помощи средства предоставляются из нормированного страхового запаса территориального фонда в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом <23.1>.

<23.1> [Приказ](#) Федерального фонда от 1 декабря 2010 г. N 227 "О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Минюстом России 27 января 2011 г., регистрационный N 19588).

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

В случае наличия по истечении календарного года экономии целевых средств, образовавшейся в результате превышения суммы ежемесячных объемов средств для оплаты медицинской помощи, рассчитанных для страховой медицинской организации исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов, над объемом целевых средств, фактически направленных страховой медицинской организацией на оплату медицинской помощи, с учетом средств, полученных из нормированного страхового запаса территориального фонда, 10 процентов экономии целевых средств предоставляются страховой медицинской организации в сроки, установленные договором о финансовом обеспечении.

(п. 112.2 введен [Приказом](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

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

(п. 112.3 введен [Приказом](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

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

(в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

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

115. Ежемесячно, в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем, за который

страховой медицинской организацией будет осуществляться оплата медицинской помощи (далее - отчетный месяц), территориальный фонд, исходя из среднемесячной численности застрахованных лиц с учетом половозрастного состава в данной страховой медицинской организации и утвержденных дифференцированных подушевых нормативов, определяет и доводит до сведения страховых медицинских организаций объем средств для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц.

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

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

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

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

(п. 116 в ред. Приказа Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

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

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

k - количество страховых медицинских организаций.

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

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

$С$ - среднедушевой норматив финансирования страховых медицинских организаций;

$Ч$ - численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

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

$$\text{ФФ} = \Phi П \times \text{КП}.$$

120. Страховая медицинская организация, получившая сведения о застрахованном лице, в отношении которого территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации принято решение об оплате расходов на лечение застрахованного лица 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.

(в ред. Приказа Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

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

Акт должен содержать следующие сведения:

1) наименование территориального фонда;

2) наименование страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской

организации);

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

4) остаток целевых средств в страховой медицинской организации на начало отчетного периода;

5) объем поступивших целевых средств всего, в том числе:

а) по дифференцированным подушевым нормативам;

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

в) из средств нормированного страхового запаса;

г) средства в размере 10 процентов экономии, полученные в соответствии с условиями договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

(пп. "г" введен [Приказом](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

д) средства для выплаты вознаграждения страховой медицинской организации за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи;

(пп. "д" введен [Приказом](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

б) объем поступивших средств, предназначенных на расходы на ведение дела страховой медицинской организации;

7) средства, поступившие из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

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

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

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

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

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

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

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

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

11) остаток средств, возвращенный в территориальный фонд;

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

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

(п. 121 в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

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

(в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

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

1) количество прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторную медицинскую помощь, 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 стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания по заболеваниям и состояниям в полном объеме при отсутствии или недостаточности у медицинских организаций данных диагностических и (или) консультативных услуг, в целях учета в договорах с медицинскими организациями, оказывающими только указанные услуги в соответствии с правом на их осуществление;

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

5) территориальную доступность отдельных видов медицинской помощи;

6) необходимость и возможность внедрения и развития новых современных медицинских технологий;

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

8) права пациента на выбор медицинской организации и врача;

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

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

(п. 123 в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

124. При оплате амбулаторной медицинской помощи по тарифам на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации учитывается численность застрахованных лиц, прикрепившихся к конкретной медицинской организации (врачу), и объем средств на виды медицинской помощи в соответствии со статьями затрат, включенными в территориальную программу.

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

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

(абзац введен [Приказом](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

126. 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](#) счетов.

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

Реестр счетов 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:
 - фамилия, имя, отчество (при наличии);
 - пол;
 - дата и место рождения;
 - данные документа, удостоверяющего личность;
 - СНИЛС (при наличии);
 - номер полиса;
- 6) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:
 - вид оказанной медицинской помощи (код);
 - диагноз в соответствии с Международной статистической **классификацией** болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее - МКБ-10);
 - дату начала и дату окончания лечения;
 - объемы оказанной медицинской помощи;
 - профиль оказанной медицинской помощи (код);
 - специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);
 - тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу;
 - стоимость оказанной медицинской помощи;
 - результат обращения за медицинской помощью (код).

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

(абзац введен **Приказом** Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

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

(абзац введен **Приказом** Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

127. На основании представленных реестров счетов страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с **Приказом** Федерального фонда от 1 декабря 2010 г. 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 года, регистрационный N 19614) (далее - порядок организации и проведения контроля).

128. При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи 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.

129. При превышении в отчетном месяце объема средств, направленных в медицинскую организацию в соответствии с **заявкой** на авансирование медицинской помощи, над суммой счета на оплату медицинской помощи, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в следующем месяце размер заявки на авансирование медицинской помощи уменьшается на сумму средств указанного превышения, за исключением случаев, установленных **частью 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.

130. 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.

130.1. В случае превышения объема санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, над объемом средств, подлежащим направлению в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи, медицинская организация возвращает в страховую медицинскую организацию средства в объеме указанного превышения.

(п. 130.1 введен [Приказом](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

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

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

131. 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 лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, принимает меры по исключению оплаты данного случая оказания медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, а при его оплате до получения соответствующих сведений от территориального фонда - о неполной оплате расходов медицинской организации при последующих расчетах с медицинской организацией в рамках проведения медико-экономического контроля или медико-экономической экспертизы в соответствии с [порядком](#) организации и проведения контроля.

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

131.1. Территориальный фонд направляет в страховые медицинские организации и медицинские организации средства нормированного страхового запаса в порядке, установленном [Приказом](#) Федерального фонда от 1 декабря 2010 г. N 227 "О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования", на выплаты вознаграждений страховым медицинским организациям за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении, и медицинским организациям за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи.

(п. 131.1 введен [Приказом](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

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

[Акт](#) сверки расчетов должен содержать следующие сведения:

- 1) сумма задолженности по оплате медицинской помощи на начало отчетного месяца;
- 2) общая сумма средств на оплату медицинской помощи по предъявленным счетам на месяц;
- 3) сумма средств, удержанных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе:
 - по результатам медико-экономического контроля;
 - по результатам медико-экономической экспертизы;
 - по результатам экспертизы качества медицинской помощи;
- 4) сумма средств, удержанных по результатам принятия территориальными органами Фонда

социального страхования решения об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве;
(пп. 4 введен [Приказом](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н, в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

5) перечисленная сумма средств;

6) сумма средств, возвращенная медицинской организацией;

(пп. 6 введен [Приказом](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

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

IX. Порядок осуществления расчетов за медицинскую
помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами
субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан
полис обязательного медицинского страхования

133. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис, в объеме, установленном базовой программой, не позднее 25 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, в котором выдан полис, осуществляет возмещение средств территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи не позднее 25 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 <*>.
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

<*> [Часть 8 статьи 34](#) Федерального закона.

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

134. Территориальные фонды осуществляют расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис, в объеме, установленном базовой программой (далее - межтерриториальные расчеты), за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда.

135. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи и территориальный фонд, в котором выдан полис (далее - территориальный фонд по месту страхования), осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с [порядком](#) организации и проведения контроля.

136. Обмен данными при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис, производится в электронном виде в соответствии с [Приказом](#) 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 года, регистрационный N 19742).

137. При технической невозможности осуществления данного обмена в электронном виде с соблюдением требований к электронной цифровой подписи подлинность сведений,

представленных в электронном виде, должна подтверждаться документом в бумажном виде.

138. Медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и оказавшая медицинскую помощь застрахованному лицу, формирует и направляет счет и реестр счета за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис (далее - реестр), в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи не позднее десяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи.

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

Реестр счета за медицинскую помощь должен содержать следующие сведения:

1) наименование медицинской организации;

2) ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ;

3) период, за который выставлен счет;

4) номер позиции реестра;

5) сведения о застрахованном лице:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата и место рождения;

вес при рождении (для новорожденных);

данные документа, удостоверяющего личность;

СНИЛС (при наличии);

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 лечения;

объемы оказанной медицинской помощи;

профиль оказанной медицинской помощи (код);

специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);

тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу;

стоимость оказанной медицинской помощи;

результат обращения за медицинской помощью (код).

(п. 138 в ред. Приказа Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

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

140. 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.

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию <*>.

<*> Часть 10 статьи 40 Федерального закона.

141. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи не позднее двадцати

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

Данный счет содержит следующие сведения:

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

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

142. Территориальный фонд по месту страхования не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения счета в электронном виде проводит медико-экономический контроль счета, возмещение средств по счету с учетом результатов проведенного медико-экономического контроля и при наличии причин, требующих дополнительного рассмотрения, направляет в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи акт о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, в котором указываются позиции счета, не принятые к возмещению полностью или частично, с указанием причин их дополнительного рассмотрения.

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

- 1) реквизиты счета, требующего дополнительного рассмотрения;
- 2) номер позиции счета;
- 3) номер полиса;
- 4) сумма по счету;
- 5) сумма, не принятая к оплате;
- 6) дефект, нарушение в соответствии с порядком организации и проведения контроля (код).

143. 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 133](#) настоящих Правил.

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

[Акт](#) о причинах, не принятых к оплате по выставленному счету, должен содержать следующие сведения:

- 1) реквизиты счета;
- 2) номер позиции счета;
- 3) номер полиса;
- 4) сумма по счету;
- 5) сумма, не принятая к оплате;
- 6) дефект, нарушение в соответствии с [порядком](#) организации и проведения контроля (код).

145. 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.

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

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

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

149. 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 счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис (далее - акт сверки).

Акт сверки должен содержать следующие сведения:

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

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

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

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

152. 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.
(в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

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

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

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

(абзац введен Приказом Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

154. Дифференцированные подушевые нормативы рассчитываются в следующей последовательности:

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

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

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

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

$$P = Z / M / Ч, \text{ где:}$$

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

M - количество месяцев в расчетном периоде;

$Ч$ - численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации;

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

$$P_i = Z_i / M / Ч_i, \text{ где:}$$

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

M - количество месяцев в расчетном периоде;

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

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

$$KД_i = P_i / P;$$

(пп. 1 в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

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

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

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

$\Delta Н$ - размер средств, необходимых для пополнения нормированного страхового запаса территориального фонда за счет средств, поступивших в расчетном месяце в бюджет территориального фонда на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования;

У - размер средств обязательного медицинского страхования, направленных в расчетном месяце на осуществление управленческих функций территориального фонда, в пределах объема средств, предусмотренных на указанные цели бюджетом и бюджетной сметой территориального фонда;

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

Ч - среднемесячная численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации;
(в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

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

$$D_i = C \times K D_i, \text{ где:}$$

С - среднедушевой норматив финансирования страховой медицинской организации;

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

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

(пп. 3 в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

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

155. Расчет тарифов может осуществляться на единицу объема медицинской помощи (1 случай госпитализации, 1 обращение в связи с заболеванием, 1 законченный случай при оплате диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, 1 пациенто-день лечения, 1 вызов скорой медицинской помощи), на медицинскую услугу, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.
(п. 155 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

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

157. 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 оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу в соответствии с [частью 7 статьи 35](#) Федерального закона;

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

3) расходы, определенные территориальной программой обязательного медицинского страхования в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным [базовой программой](#) обязательного медицинского страхования за счет средств субвенций из бюджета Федерального фонда и межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджет территориального фонда.
(п. 157 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

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

(п. 157.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 22.03.2013 N 160н)

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

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

(п. 157.2 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

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

(п. 157.3 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

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

(п. 157.4 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

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

(п. 157.5 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

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

(п. 157.6 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

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

$$T_i = \sum_j G_j, \text{ где}$$

G_j - затраты, определенные для j-той группы затрат на единицу объема медицинской помощи (медицинской услуги) на соответствующий финансовый год.
(п. 157.7 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

158. 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).

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

- затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги);
- затраты на приобретение материальных запасов, потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги);
- затраты на амортизацию оборудования, используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги);
- иные затраты, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги).

Группы затрат могут быть дополнительно детализированы.

(п. 158.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

158.2. 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).

(п. 158.2 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

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

- затраты на коммунальные услуги;
- затраты на содержание объектов недвижимого имущества, закрепленного за медицинской организацией на праве оперативного управления или приобретенным медицинской организацией за счет средств, выделенных ей учредителем на приобретение такого имущества, а также недвижимого имущества, находящегося у медицинской организации на основании договора аренды или безвозмездного пользования, эксплуатируемого в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) (далее - затраты на содержание недвижимого имущества);
- затраты на содержание объектов движимого имущества (далее - затраты на содержание движимого имущества);
- затраты на приобретение услуг связи;
- затраты на приобретение транспортных услуг;
- затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинских организаций, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) (административно-управленческого, административно-хозяйственного, вспомогательного и иного персонала, не принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги));
- затраты на амортизацию оборудования, непосредственно не используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

- прочие затраты на общехозяйственные нужды.

Группы затрат могут быть дополнительно детализированы.

(п. 158.3 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

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

(п. 158.4 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

<*> [Постановление](#) Правительства Российской Федерации от 18.10.2013 N 932 "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, N 43, ст. 5558);

[Распоряжение](#) Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. N 2599-р "Об утверждении плана мероприятий ("дорожной карты") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, N 2, ст. 130).

(сноска введена [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

158.5. 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).

(п. 158.5 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

158.6. Затраты на амортизацию оборудования, используемого 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 оборудования стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу определяются в случае, если указанные расходы включены в территориальную программу обязательного медицинского страхования.

(п. 158.6 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

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

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

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

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

(п. 158.7 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

158.8. 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.

(п. 158.8 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

158.9. Затраты на горячее водоснабжение 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:

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

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.

(п. 158.9 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

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

(п. 158.10 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

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

затраты на эксплуатацию системы охранной сигнализации и противопожарной безопасности;

- затраты на аренду недвижимого имущества;

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

- затраты на содержание прилегающих территорий в соответствии с утвержденными санитарными [правилами](#) и нормами;

- прочие затраты на содержание недвижимого имущества.

(п. 158.11 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

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

- затраты на техническое обслуживание и текущий ремонт движимого имущества;

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

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

- затраты на обязательное страхование гражданской ответственности владельцев транспортных средств;

- прочие затраты на содержание движимого имущества.

(п. 158.12 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

158.13. 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.

(п. 158.13 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

158.14. 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.

(п. 158.14 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

158.15. Затраты на амортизацию оборудования, непосредственно не используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги), определяются исходя из балансовой стоимости оборудования и годовой нормы его износа. Затраты на амортизацию оборудования стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу определяются в случае, если указанные расходы включены в территориальную программу обязательного медицинского страхования.

(п. 158.15 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

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

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

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

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

- путем отнесения всего объема затрат, необходимых для деятельности медицинской

организации в целом, на один вид медицинской помощи (медицинской услуги), выделенный(ой) в качестве основного(ой) вида медицинской помощи (медицинской услуги) для медицинской организации;

- пропорционально иному выбранному показателю.

(п. 158.16 введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

159 - 164. Исключены. - [Приказ](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан.

165. 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 персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги)	
1.2.	Затраты на приобретение материальных запасов, потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги)	
1.3.1	Сумма начисленной амортизации оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги)	
1.3.2	Сумма начисленной амортизации оборудования стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу, используемого 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)	
2.7.1	Сумма начисленной амортизации оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, непосредственно не используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги)	
2.7.2	Сумма начисленной амортизации зданий, сооружений и других основных фондов, включая оборудование стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу, непосредственно не связанных с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) <*>	
2.8.	Прочие затраты на общехозяйственные нужды	
	Итого затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом	
	Стоимость медицинской помощи (медицинской услуги)	

(п. 165 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

<*> Заполняется в случае, если указанные расходы включены в территориальную программу обязательного медицинского страхования.

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

При расчете стоимости пролеченного больного с применением способа оплаты по клинико-статистическим группам учитываются затратно-емкость по клинико-статистическим группам, количество профильных госпитализаций и применение современных эффективных технологий, стимулирование медицинских организаций, а также медицинских работников (осуществление выплат стимулирующего характера) к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий, уровень оказания медицинской помощи, сложность лечения пациентов.

(абзац введен [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

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

168. Расчет тарифа на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации осуществляется с учетом коэффициентов половозрастных затрат на оказание медицинской помощи конкретной медицинской организации и иных, разработанных в субъекте Российской Федерации на основе показателей здоровья населения.

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

XII. 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

169. 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).

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

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

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

Реестр должен содержать следующую информацию:

- 1) наименование медицинской организации;
- 2) идентификационные данные, присвоенные юридическому лицу налоговым органом; (в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)
- 3) период, за который выставлен счет;
- 4) наименование субъекта Российской Федерации, в котором застрахованному лицу выдан полис;

5) номер позиции реестра;

6) сведения о застрахованном лице:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата и место рождения;

данные документа, удостоверяющего личность;

СНИЛС (при наличии);

номер полиса;

наименование страховой медицинской организации;

дата регистрации в качестве застрахованного лица;

7) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:

вид оказанной медицинской помощи (код);

диагноз в соответствии с [МКБ-10](#);

дату начала и дату окончания лечения;

объемы оказанной медицинской помощи;

профиль оказанной медицинской помощи (код);

специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);

тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу;

стоимость оказанной медицинской помощи;

результат обращения за медицинской помощью (код).

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

(абзац введен [Приказом](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

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

173. Территориальный фонд по месту страхования застрахованного лица в течение десяти рабочих дней с даты получения счета в электронном виде проводит медико-экономический контроль предъявленного медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, счета и [реестра](#) и, при отсутствии причин, требующих дополнительного рассмотрения

реестра, осуществляет оплату оказанной медицинской помощи.

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

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные [статьей 41](#) Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. <*>

<*> [Часть 10 статьи 40](#) Федерального закона.

175. Территориальный фонд по месту страхования застрахованного лица в течение 25 рабочих дней с даты получения счета в электронном виде осуществляет оплату медицинской помощи с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по тарифам и способам оплаты медицинской помощи на дату завершения случая оказания медицинской помощи, за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда и направляет в медицинскую организацию, находящуюся за пределами Российской Федерации, соответствующее извещение об оплате, в котором указываются позиции реестра, не принятые к оплате или частично оплаченные, а также сведения о результатах проведенного контроля и экспертиз.

(п. 175 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

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

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

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

178. 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.

179. Обмен данными при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис, производится в электронном виде в соответствии с [Приказом](#) 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 года, регистрационный N 19742).

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

181. 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.

(п. 181 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

XIII. Требования к размещению страховыми медицинскими организациями информации

182. Страховые медицинские организации размещают на собственных официальных сайтах в сети "Интернет", опубликовывают в средствах массовой информации следующую информацию:

- 1) о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования;
- 2) о составе учредителей (участников, акционеров);
- 3) о финансовых результатах деятельности;
- 4) об опыте работы;
- 5) о количестве застрахованных лиц всего, в том числе в субъектах Российской Федерации;
- 6) о медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации;
- 7) о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;
- 8) о выявленных по обращениям застрахованных лиц нарушениях при предоставлении медицинской помощи;

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

10) о порядке получения полиса, в том числе:

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

[заявление](#) о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса;

адреса и режим работы пунктов выдачи полисов;

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

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

перечень документов, необходимых для получения полиса;

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

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

11) об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным [законом](#).

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

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

2) в виде активных ссылок, при активации которых пользователь получает доступ к страницам сайта, содержащим информацию, указанную в [пункте 182](#) настоящих Правил;

3) в виде пиктограмм, обозначающих размещенные файлы, содержащие информацию, указанную в [пункте 182](#) настоящих Правил.

184. Способы размещения информации, указанные в [пункте 182](#) 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.

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

186. Опубликование в средствах массовой информации (включая электронные)

информации, указанной в [пункте 182](#) 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.

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

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

XIV. Заключение и исполнение договоров территориальных фондов со страховыми медицинскими организациями в 2011 году

189 - 197. Исключены с 1 января 2012 года. - [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н.

198. При заключении договора предусматривается, что остатки средств сформированных резервов, не использованных на конец 2011 года в полном объеме страховыми медицинскими организациями, возвращаются в территориальный фонд.

XV. Порядок информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями

(введено [Приказом](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

199. Страховая медицинская организация осуществляет получение и обобщение информации, представляемой ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях:

- о выполнении объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы по случаям госпитализации в разрезе профилей медицинской помощи, оказание которой предусмотрено лицензией медицинской организации, лицам, застрахованным в данной страховой медицинской организации;

- о числе застрахованных лиц, госпитализированных в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях (в том числе по типам медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию), выбравших медицинскую организацию и получивших направление на госпитализацию, выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация.

200. Страховая медицинская организация на основании информации, доступ к которой предоставлен территориальным фондом, переданных медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, обобщает и ведет учет по состоянию на 09.00 часов дня передачи информации по каждой медицинской организации:

- выполненных объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в разрезе профилей (кодов) отделений по всем медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у нее заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- наличия числа свободных мест на госпитализацию в разрезе отделений (кодов) по каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному

медицинскому страхованию;

- числа застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях и получивших направление на оказание в плановой и неотложной форме специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, по каждой медицинской организации, с которыми у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- числа застрахованных лиц, госпитализированных в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях (в том числе по типам медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию), выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, а также в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, не позднее 1 дня с даты плановой госпитализации.

201. Страховая медицинская организация ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени информирует лицо, уполномоченное руководителем медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, на взаимодействие со страховой медицинской организацией по вопросам госпитализации (далее - уполномоченное лицо):

- о наличии объемов медицинской помощи и числа свободных мест для госпитализации в плановой и экстренной форме в разрезе отделений (кодов) по каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- о госпитализированных застрахованных лицах в плановой и экстренной форме.

202. В соответствии с [приказом](#) Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 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 2012 г., регистрационный N 24278) и [приказом](#) Минздрава России от 21.12.2012 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. N 27617) при выдаче направления на плановую госпитализацию 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.

Для информирования застрахованного лица или его законного представителя лечащий врач обращается к уполномоченному лицу.

203. На основании информации, указанной в [пункте 202](#) настоящих Правил, застрахованное лицо или его законный представитель осуществляет выбор медицинской организации, в которую он должен быть направлен для оказания специализированной медицинской помощи.

204. Страховая медицинская организация ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени на основании сведений медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, поступающей ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени дня о застрахованных лицах в данной страховой медицинской организации, получивших направление для оказания в плановой форме специализированной медицинской помощи в стационарных условиях с указанием, в том числе сроков госпитализации, по состоянию на 20.00 часов предшествующего дня, информирует медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

205. Страховая медицинская организация передает данную информацию в территориальный фонд и медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, не позднее 1 дня с даты получения информации от

медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

206. Страховая медицинская организация в случае отказа застрахованного лица или его **законного представителя** от госпитализации на основе информации, поступающей от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях при регистрации отказа в медицинской карте амбулаторного больного и анализа причин неявки застрахованного лица на плановую госпитализацию, при необходимости, обеспечивает организацию госпитализации застрахованного лица с учетом его выбора медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь.

207. Страховая медицинская организация ежемесячно до 20 числа месяца, следующего за отчетным, и до 1 марта года, следующего за отчетным, представляет **отчет** об информационном сопровождении застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

208. Обмен информацией между медицинскими организациями, страховой медицинской организацией и территориальным фондом осуществляется в электронной форме с соблюдением требований по защите конфиденциальной информации.

209. Страховая медицинская организация обеспечивает мониторинг сопровождения застрахованных лиц, получивших направление на госпитализацию, а также контроль за своевременностью госпитализации.

Приложение N 1
к Правилам обязательного
медицинского страхования,
утвержденным Приказом
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 28 февраля 2011 г. N 158н

ПОЛОЖЕНИЕ
О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОМИССИИ ПО РАЗРАБОТКЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ
ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Список изменяющих документов
(введено **Приказом** Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н,
в ред. **Приказа** Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

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.

(п. 3 в ред. Приказа Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

4. Комиссия:

1) разрабатывает проект территориальной программы;

2) распределяет объемы предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями (за исключением медицинских организаций, находящихся за пределами Российской Федерации, включенные в реестр медицинских организаций) до 1 января года, на который осуществляется распределение; (в ред. Приказа Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

3) осуществляет рассмотрение тарифов осуществляет рассмотрение тарифов и формирование тарифного соглашения, с указанием размеров санкций, применяемым к медицинским организациям в соответствии с законодательством Российской Федерации; (в ред. Приказа Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

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

5) определяет порядок представления информации членами Комиссии.

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

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

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

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

3) рассматривает предложения страховых медицинских организаций по способам оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, тарифам, показателям доступности и качества медицинской помощи;

4) осуществляет подготовку предложений по:

перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания медицинской помощи;

целевым значениям критериев доступности и качества медицинской помощи;

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

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

При разработке территориальной программы Комиссией учитываются стандарты медицинской помощи, особенности половозрастного состава застрахованных лиц, уровень и

структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации по данным медицинской статистики, климатические, географические особенности субъекта Российской Федерации, транспортная доступность медицинских организаций, сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения.

7. Подготовленный проект территориальной программы Комиссия представляет органу государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан.

8. Комиссия на заседаниях по представленным секретарем Комиссии предложениям, поступившим от органа государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, территориального фонда, распределяет объемы медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, имеющими право на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации, на основе установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи по видам медицинской помощи, условиям предоставления медицинской помощи, в разрезе профилей отделений (коек), врачебных специальностей, с учетом показателей потребления медицинской помощи по данным персонализированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, численности и половозрастной структуры застрахованных лиц.

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

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

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

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

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

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

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

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

Код субъекта Российской Федерации по ОКАТО , где расположена страховая медицинская организация	1	
Реестровый номер	2	
Код причины постановки на учет (КПП)	3	
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	4	
Полное и краткое наименование страховой медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ	5	
Полное наименование филиала страховой медицинской организации	6	
Организационно-правовая форма страховой медицинской организации	7	
Головная организация (1), обособленное подразделение (филиал) (2)	8	
Адрес (место) нахождения страховой медицинской организации, юридический адрес	9	
Адрес (место) нахождения обособленного подразделения (филиала) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации (при наличии)	10	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты	11	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя обособленного подразделения (филиала), адрес электронной почты	12	
Номер, дата выдачи, дата окончания действия лицензии	13	
Дата включения страховой медицинской организации в реестр страховых медицинских организаций	14	
Дата исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций	15	
Причина исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций	16	
Численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на дату подачи уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования	17	

Приложение N 3
к Правилам обязательного
медицинского страхования,
утвержденным Приказом
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 28 февраля 2011 г. N 158н

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

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