



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(Минздравсоцразвития России)**

**П Р И К А З**

*28 декабря 2010г.*

№ 1219н

Москва

**Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования**

В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ  
«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»  
(Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422)  
п р и к а з ы в а ю:

Утвердить Правила обязательного медицинского страхования согласно  
приложению.

Министр

  
Т.А. Годикова

Приложение  
к приказу Министерства  
здравоохранения и социального  
развития Российской Федерации  
от «28» декабря 2010 г № 1219н

Правила  
обязательного медицинского страхования

I. Общие положения

1. Настоящие Правила обязательного медицинского страхования (далее – Правила) регулируют правоотношения субъектов и участников обязательного медицинского страхования при реализации Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон), устанавливают единые требования к полису обязательного медицинского страхования и к размещению страховыми медицинскими организациями информации, включают следующие разделы:

I. Общие положения;

II. Порядок выбора (замены) страховой медицинской организации застрахованным лицом;

III. Единые требования к полису обязательного медицинского страхования;

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

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

VI. Порядок ведения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность 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;

VIII. Порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

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

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

XI. Методику формирования тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

XII. Положение о Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации;

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

XIV. Требования к размещению страховыми медицинскими организациями информации в информационно - коммуникационной сети «Интернет» и опубликованию в средствах массовой информации;

XV. Особенности предоставления средств территориальным фондом страховой медицинской организации в 2011 году.

## II. Порядок выбора (замены) страховой медицинской организации застрахованным лицом

2. Застрахованное лицо имеет право на выбор или замену страховой медицинской организации из числа страховых медицинских организаций, перечень которых размещается в обязательном порядке территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее – территориальный фонд) на его официальном сайте в информационно - коммуникационной сети «Интернет» (далее - сеть Интернет) и дополнительно может опубликовываться иными способами.

3. 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 (далее – законные представители), путем обращения в страховую медицинскую организацию.

4. 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.

5. 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 законным представителем.

6. Для выбора или замены страховой медицинской организации законный представитель, застрахованное лицо лично или через своего представителя (далее – застрахованное лицо) обращается в выбранную им страховую медицинскую организацию с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации по образцу согласно приложению № 1 к настоящим Правилам.

7. 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;

страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (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);

страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);

3) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах» (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 12, ст. 425) (далее - Закон «О беженцах»), - удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или справка из Федеральной миграционной службы о принятии жалобы на решение о лишении статуса беженца;

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 с отметкой о регистрации по месту жительства;

страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (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;

страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);

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

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

страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (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 и отметкой о регистрации по месту жительства;

страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);

8) для представителя застрахованного лица:

документ, удостоверяющий личность;

доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, составленная в письменной форме, не требующей нотариального удостоверения, и заверенная уполномоченными работниками территориального фонда по месту страхования или уполномоченными работниками организации, в которой доверитель работает или учится, жилищно-эксплуатационной организации по месту жительства застрахованного лица и администрации стационарного лечебного учреждения, в котором застрахованное лицо находится на лечении;

9) для лиц без определенного места жительства (в том числе детей) при отсутствии документов, удостоверяющих личность, органами внутренних дел Российской Федерации или органами социальной защиты населения представляется ходатайство о регистрации в качестве застрахованного лица по образцу согласно приложению № 2 к настоящим Правилам;

10) для лиц, не идентифицированных в период лечения, медицинской организацией представляется ходатайство о регистрации в качестве

застрахованного лица по образцу согласно приложению № 2 к настоящим Правилам.

8. На основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации страховая медицинская организация регистрирует застрахованное лицо по обязательному медицинскому страхованию в выбранной страховой медицинской организации.

9. С 1 мая 2011 года сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за полисом обязательного медицинского страхования единого образца (далее – полис) и не имеющих полис обязательного медицинского страхования, полученный до 1 мая 2011 года, ежемесячно до десятого числа направляются территориальным фондом в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в субъекте Российской Федерации, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них. Соотношение работающих и неработающих граждан, не обратившихся в страховую медицинскую организацию, в сведениях, направляемых территориальным фондом в страховые медицинские организации, должно быть равным.

10. Страховые медицинские организации:

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

2) в день обращения застрахованного лица обеспечивают выдачу полиса в соответствии с порядком, изложенном в разделе IV настоящих Правил;

3) предоставляют застрахованным лицам информацию об их правах и обязанностях.

11. Замену страховой медицинской организации застрахованное лицо осуществляет начиная с календарного года, следующего за годом, в котором реализовано право выбора страховой медицинской организации, за исключением случаев смены места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (далее - договор о финансовом обеспечении).

12. Замену страховой медицинской организации застрахованное лицо имеет право осуществлять 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 о выборе (замене) страховой медицинской организации в выбранную страховую медицинскую организацию.

13. При подаче застрахованным лицом заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации до 1 ноября текущего года включительно выбранная им страховая медицинская организация осуществляет обязательства в отношении застрахованного лица с даты подачи заявления.

14. При подаче застрахованным лицом заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации после 1 ноября текущего года выбранная им страховая медицинская организация осуществляет обязательства в отношении застрахованного лица с 1 января года, следующего за текущим, за исключением случаев, когда замена произошла вследствие смены места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении.

15. 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.

16. При расторжении договора о финансовом обеспечении застрахованное лицо осуществляет выбор страховой медицинской организации в течение двух месяцев от даты расторжения данного договора.

17. При досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении по инициативе страховой медицинской организации страховая медицинская организация за три месяца до даты его расторжения обязана уведомить застрахованных лиц о намерении расторгнуть договор и о необходимости выбора застрахованными лицами другой страховой медицинской организации.

18. При досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении по причине приостановления или прекращения действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации территориальный фонд уведомляет застрахованных лиц о расторжении договора о финансовом обеспечении и о необходимости выбора застрахованными лицами другой страховой медицинской организации в течение пяти рабочих дней с даты его расторжения через свой официальный сайт в сети Интернет, средства массовой информации или доводит до сведения застрахованных лиц иными способами, предусмотренными законодательством Российской Федерации.

19. Страховая медицинская организация, выбранная застрахованным лицом на основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации, вносит в полис сведения о страховой медицинской организации в день подачи застрахованным лицом заявления и в течение трех рабочих дней уведомляет страховую медицинскую организацию, в которой застрахованное лицо ранее было застраховано, о факте страхования.

20. Если застрахованным лицом не представлено заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, то такое лицо считается застрахованным страховой медицинской организацией, в которой он был застрахован ранее.

21. Положения настоящего раздела Правил, касающиеся деятельности страховой медицинской организации, при ее отсутствии распространяются на территориальный фонд.

### III. Единые требования к полису обязательного медицинского страхования

22. Полис является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации при наступлении страхового случая в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования (далее - базовая программа), и на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис - в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее – территориальная программа) данного субъекта Российской Федерации.

23. На территории Российской Федерации действуют полисы единого образца.

24. В субъектах Российской Федерации, где осуществляется внедрение универсальной электронной карты, полис обеспечивается федеральным электронным приложением, содержащимся в универсальной электронной карте, в соответствии с Федеральным законом «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 31, ст. 4179). До введения в субъектах Российской Федерации универсальных электронных карт полис может быть представлен в форме бумажного бланка (далее - бумажный полис) или в форме пластиковой карты с электронным носителем (далее - электронный полис).

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

1) бланки бумажного и электронного полиса являются бланками 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.

26. 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;

место рождения;

срок действия полиса;



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

- номер полиса;
- фамилия, имя, отчество (при наличии);
- пол;
- дата рождения;
- место рождения;
- срок действия полиса;

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

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

дата регистрации застрахованного лица в страховой медицинской организации;

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

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

27. К электронному полису предъявляются следующие требования:

1) размеры пластикового основания электронного полиса соответствуют требованиям стандарта ISO/IEC 7810 формата ID1;

2) электронный носитель электронного полиса представлен в форме чип-модуля;

3) размеры и размещение чип-модуля на пластиковом основании соответствуют требованиям стандарта ISO/IEC 7816-1;

4) физические характеристики электронного полиса соответствуют требованиям стандарта ISO/IEC 7816-1;

5) электрические сигналы и протоколы передачи данных соответствуют требованиям стандарта ISO/IEC 7816-3;

6) обеспечивается возможность реализации криптографических алгоритмов в соответствии со стандартом ГОСТ 34.10.2001;

7) информация размещается в чип-модуле в соответствии с требованиями стандарта ISO/IEC 7816-4.

28. К визуальным сведениям электронного полиса предъявляются следующие требования:

1) лицевая сторона содержит следующие сведения и персональные данные застрахованного лица:

номер полиса;  
фамилия, имя, отчество (при наличии);  
пол;  
дата рождения;  
место рождения;  
срок действия полиса;

2) оборотная сторона содержит:  
подпись застрахованного лица;  
фотографию застрахованного лица (для застрахованных лиц в возрасте четырнадцати лет и старше).

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

30. К электронному страховому приложению предъявляются следующие требования:

1) электронное страховое приложение предназначено для авторизованного доступа застрахованного лица к получению услуг в сфере обязательного медицинского страхования;

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

3) состав неизменяемых данных:

номер полиса;  
фамилия, имя, отчество (при наличии);  
пол;  
дата рождения;  
место рождения;  
срок действия полиса;  
фотография застрахованного лица (для застрахованных лиц в возрасте четырнадцати лет и старше);

4) состав изменяемых (дополняемых) данных:

ОГРН страховой медицинской организации;  
ОКАТО субъекта Российской Федерации, на территории которого застрахован гражданин;  
дата регистрации застрахованного лица в страховой медицинской организации.

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

32. К электронному медицинскому приложению предъявляются следующие требования:

1) электронное медицинское приложение предназначено для хранения информации о застрахованном лице, необходимой для оказания ему

медицинской, в том числе экстренной, помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации;

2) состав данных, размещаемых в электронном медицинском приложении, определяется законодательством Российской Федерации;

3) электронный полис соответствует требованиям законодательства Российской Федерации в области защиты информации, в том числе защиты персональных данных гражданина.

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

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

34. До 1 мая 2011 года выдача полисов обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами, регулирующими выдачу полисов обязательного медицинского страхования до вступления в силу Закона.

35. С 1 мая 2011 года до введения на территории субъектов Российской Федерации универсальной электронной карты гражданина полис выдается застрахованному лицу в соответствии с настоящим разделом Правил.

36. Застрахованное лицо вправе иметь только один полис. Полис находится на руках у застрахованного лица.

37. Полис выдается страховой медицинской организацией на основании заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации и о выдаче полиса обязательного медицинского страхования, (выдаче дубликата полиса) или переоформлении полиса по образцу согласно приложению № 3 к настоящим Правилам застрахованному лицу<sup>1</sup> при предъявлении им документа, удостоверяющего личность.

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

39. Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Законом «О беженцах», полис выдается на срок пребывания, установленный для данных лиц.

---

<sup>1</sup> Представитель застрахованного лица должен предъявить документ, удостоверяющий личность, и доверенность на получение полиса, составленную в простой письменной форме и заверенную уполномоченными работниками территориального фонда по месту страхования или уполномоченными работниками организации, в которой доверитель работает или учится, жилищно-эксплуатационной организации по месту жительства застрахованного лица или администрации стационарного лечебного учреждения, в котором застрахованное лицо находится на лечении.

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

41. Заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и о выдаче полиса обязательного медицинского страхования (выдаче дубликата полиса) или переоформлении полиса оформляются в письменной форме или машинописным способом и подаются в страховую медицинскую организацию или передаются с использованием информационно-коммуникационных сетей общего пользования, в том числе сети Интернет, через официальный сайт территориального фонда или единый портал государственных услуг.

42. При принятии заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации и о выдаче полиса обязательного медицинского страхования (выдаче дубликата полиса) или переоформлении полиса в электронной форме территориальный фонд направляет заявителю подтверждение приема заявления в форме электронного документа на электронный адрес, указанный в заявлениях.

43. В день получения заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации страховая медицинская организация выдает застрахованному лицу полис либо временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса (далее – временное свидетельство) по образцу согласно приложению № 4 к настоящим Правилам.

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

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

46. На период оформления полиса застрахованному лицу оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая осуществляется при предъявлении временного свидетельства.

47. В день обращения застрахованного лица с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации страховая медицинская организация передает информацию о застрахованном лице, подавшем заявление, в территориальный фонд и в течение двух рабочих дней осуществляет проверку на наличие у застрахованного лица действующего полиса в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

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

49. В случае отсутствия данных о действующем полисе в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц территориальный фонд в течение трех рабочих дней осуществляет проверку в центральном регистре застрахованных лиц.

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

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

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

53. 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).

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

55. Перечень сведений, включаемых в заявку, должен удовлетворять Единым требованиям к полису, предусмотренным разделом III настоящих Правил.

56. Заявка также должна содержать информацию о форме полиса:

- 1) бумажный;
- 2) электронный;
- 3) электронный в составе универсальной электронной карты гражданина.

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

58. Территориальный фонд доставляет полисы до страховых медицинских организаций в течение двух рабочих дней со дня получения их от Федерального фонда.

59. 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.

60. Федеральный фонд и территориальные фонды организуют информирование граждан об изготовленных полисах через официальные сайты территориальных фондов и через единый портал государственных услуг в сети Интернет.

61. Переоформление полиса осуществляется в случаях:

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

62. Застрахованное лицо обязано уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, места рождения и места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.

63. Переоформление полиса осуществляется по заявлению застрахованного лица о выдаче полиса (выдаче дубликата полиса) или переоформлении полиса, поданному застрахованным лицом по образцу согласно приложению № 3 к настоящим Правилам. В случае, предусмотренном подпунктом 1 пункта 61 настоящих Правил, переоформление полиса осуществляется при предъявлении документов, подтверждающих изменения.

64. Выдача дубликата полиса осуществляется по заявлению застрахованного лица о выдаче дубликата полиса, поданному по образцу согласно приложению № 3 к настоящим Правилам, 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. При этом выдача дубликата полиса осуществляется за плату в размере, равном затратам на его изготовление, установленном

Федеральным фондом, за исключением случаев утери полисов в результате стихийного бедствия или иного обстоятельства непреодолимой силы.

65. Полис признается недействительным в случаях:

- 1) смерти застрахованного лица;
- 2) получения нового полиса в случаях, предусмотренных пунктом 61 настоящих Правил;
- 3) окончания срока действия полиса.

66. В территориальных фондах и страховых медицинских организациях приказом территориального фонда и страховой медицинской организации определяется круг лиц, имеющих доступ к персональным данным, необходимым для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.

67. Прием застрахованных лиц для выдачи 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 инвалидных колясок. Глухонемым, инвалидам по зрению и другим гражданам с ограниченными возможностями при необходимости оказывается соответствующая помощь.

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

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

70. В пунктах выдачи полисов, на официальных сайтах в сети Интернет страховых медицинских организаций и территориальных фондов размещается следующая информация:

- 1) форма заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации;
- 2) форма заявления о выдаче полиса (выдаче дубликата полиса) или переоформлении полиса;
- 3) адреса и режим работы пунктов выдачи полисов;
- 4) адреса официальных сайтов в сети Интернет страховых медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации;

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

6) перечень документов, необходимых для получения полиса;

7) извлечения из законодательных и иных нормативных правовых актов, регулирующих обязательное медицинское страхование;

8) порядок получения консультаций;

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

10) 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.

71. 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. Регистрация обращений граждан осуществляется в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

72. Страховые медицинские организации обязаны ознакомить застрахованных лиц, получающих полис, с настоящими Правилами, базовой программой, территориальной программой, перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации. Одновременно с полисом застрахованному лицу выдается памятка для застрахованных лиц, которая содержит информацию о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и контактные телефоны территориального фонда и страховой медицинской организации, выдавшей полис.

73. Федеральный фонд организует изготовление и доставку территориальным фондам бланков временных свидетельств согласно заявке территориального фонда, поданной в Федеральный фонд, с обоснованием их количества на основании заявлений застрахованных лиц.

74. Страховая медицинская организация получает бланки временных свидетельств от территориального фонда согласно заявке страховой медицинской организации, поданной в территориальный фонд, с обоснованием количества бланков.

75. Бланки временных свидетельств являются бланками строгой отчетности.

76. 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, по образцу согласно приложению № 5 к настоящим Правилам.

77. Членами комиссии по списанию и уничтожению полисов и временных свидетельств, признанных недействительными, являются представители территориального фонда и страховой медицинской организации.

78. При отсутствии страховой медицинской организации положения настоящего раздела Правил, касающиеся ее деятельности, распространяются на территориальный фонд.

79. Полисы обязательного медицинского страхования, выданные лицам, застрахованным в сфере обязательного медицинского страхования до 1 января 2011 года, являются действующими до замены их на полисы в соответствии с настоящими Правилами.

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

80. Реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации (далее – реестр страховых медицинских организаций), является информационным ресурсом в целях учета страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

81. Ведение реестра страховых медицинских организаций осуществляется территориальным фондом в порядке, изложенном в настоящем разделе Правил.

82. Реестры страховых медицинских организаций субъектов Российской Федерации являются сегментами единого реестра страховых медицинских организаций. Ведение единого реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Российской Федерации (далее - единый реестр страховых медицинских организаций) осуществляется Федеральным фондом.

83. Реестр страховых медицинских организаций содержит следующие сведения:

- 1) код субъекта Российской Федерации по ОКАТО, где расположена страховая медицинская организация;
- 2) код страховой медицинской организации в кодировке единого реестра страховых медицинских организаций (далее - реестровый номер);
- 3) код причины постановки на учет налогоплательщика;

- 4) идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);
- 5) полное и краткое наименование страховой медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ;
- 6) адрес (место) нахождения страховой медицинской организации;
- 7) адрес (место) нахождения обособленного подразделения (филиала) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации;
- 8) организационно-правовая форма страховой медицинской организации;
- 9) фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон и факс руководителя, адрес электронной почты;
- 10) фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон и факс, адрес электронной почты руководителя обособленного подразделения (филиала) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации;
- 11) сведения о лицензии (номер, дата выдачи и окончания срока действия);
- 12) признак подчиненности страховой медицинской организации: 1-головная организация; 2- обособленное подразделение (филиал);
- 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 страховой медицинской организации, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, на дату подачи уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации (далее - уведомление).

84. Страховая медицинская организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору за страховой деятельностью, и документ, подтверждающий право страховой медицинской организации на осуществление деятельности по технической защите конфиденциальной информации в соответствии с законодательством Российской Федерации, направляет уведомление в территориальный фонд в виде электронного документа с представлением на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи, с обязательным обеспечением защиты информации в соответствии с законодательством Российской Федерации через официальный сайт территориального фонда в сети Интернет до 1 сентября года, предшествующего году, в котором страховая медицинская организация

намерена участвовать в сфере обязательного медицинского страхования, по образцу согласно приложению № 6 к настоящим Правилам.

85. Территориальный фонд вправе проверять соответствие страховой медицинской организации требованиям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

86. Территориальный фонд не позднее двух рабочих дней с даты получения уведомления от страховой медицинской организации направляет на указанный в уведомлении электронный адрес реестровый номер, присвоенный страховой медицинской организации.

87. Страховая медицинская организация в течение семи рабочих дней подготавливает и представляет в территориальный фонд на бумажном носителе уведомление по образцу согласно приложению № 6 к настоящим Правилам, копию лицензии, выданной федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору за страховой деятельностью, заверенную подписью руководителя страховой медицинской организации и печатью страховой медицинской организации, и копии документов, заверенные подписью руководителя страховой медицинской организации и печатью страховой медицинской организации, подтверждающие сведения, указанные в пунктах 83 и 84 настоящих Правил.

88. В день представления документов в соответствии с пунктом 87 настоящих Правил территориальный фонд осуществляет проверку их на соответствие сведениям, предусмотренным пунктом 83 настоящих Правил, в присутствии представителя страховой медицинской организации и при установлении соответствия вносит данную страховую медицинскую организацию в реестр страховых медицинских организаций.

89. При выявлении несоответствия сведений, предусмотренных пунктом 88 настоящих Правил, включение страховой медицинской организации в реестр страховых медицинских организаций приостанавливается до исправления несоответствий с учетом срока, установленного Законом.

90. В случае изменения сведений о страховой медицинской организации, предусмотренных подпунктами 2, 3, 4, 5, 6 пункта 83 настоящих Правил, страховая медицинская организация в течение двух рабочих дней с даты этих изменений направляет в территориальный фонд в письменной форме новые сведения для актуализации реестра страховых медицинских организаций.

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

92. Исключение страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций осуществляется в случаях:

- 1) приостановления либо прекращения действия лицензии;
- 2) ликвидации страховой медицинской организации;

3) по заявлению об исключении из реестра страховых медицинских организаций по образцу согласно приложению № 7 к настоящим Правилам.

93. Заявление об исключении из реестра страховых медицинских организаций страховая медицинская организация вправе подать в срок не менее чем за 3 месяца до даты завершения своей деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

94. Исключение из реестра страховых медицинских организаций в случаях, соответствующих подпунктам 1 и 2 пункта 92 настоящих Правил, производится в день получения территориальным фондом сведений, подтверждающих информацию о приостановлении либо прекращении действия лицензии или ликвидации страховой медицинской организации, а Федеральным фондом не позднее следующего рабочего дня.

95. Исключение из реестра страховых медицинских организаций в случае, соответствующем подпункту 3 пункта 92 настоящих Правил, осуществляется с даты, указанной в заявлении об исключении из реестра страховых медицинских организаций.

96. Федеральный фонд обеспечивает размещение на своем официальном сайте в сети Интернет единого реестра страховых медицинских организаций с указанием сведений, соответствующих подпунктам 2, 3, 5, 9, 10, 11 пункта 83.

97. Территориальный фонд обеспечивает представление в Федеральный фонд изменений, внесенных в реестр страховых медицинских организаций, в день внесения данных изменений.

98. Контроль за соблюдением порядка включения (исключения) страховых медицинских организаций в реестр страховых медицинских организаций, мониторинг их деятельности в сфере обязательного медицинского страхования осуществляется Федеральным фондом.

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

99. Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Российской Федерации (далее – единый реестр медицинских организаций), является информационным ресурсом, создаваемым в целях их учета.

100. Ведение реестра медицинских организаций осуществляется территориальным фондом субъекта Российской Федерации.

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

102. Ведение единого реестра медицинских организаций осуществляется Федеральным фондом.

103. Реестр медицинских организаций содержит следующие сведения:

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

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

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

4) код причины постановки на учет налогоплательщика (КПП);

5) идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);

6) адрес (место) нахождения медицинской организации;

7) организационно-правовая форма медицинской организации;

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

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

10) виды медицинской помощи, подлежащие оплате за счет средств обязательного медицинского страхования (скорая медицинская помощь; первичная медико-санитарная помощь, оказанная в амбулаторно-поликлинических условиях, условиях стационара, дневного стационара; специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная) в соответствии с Законом;

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.

104. Медицинская организация, имеющая право на осуществление медицинской деятельности, для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, направляет уведомление об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования (далее – уведомление) в виде электронного документа путем передачи через официальный сайт территориального фонда в сети Интернет с обеспечением защиты информации в соответствии с законодательством Российской Федерации до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по образцу согласно приложению № 8 к настоящим Правилам.

105. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации (далее – Комиссия) могут быть установлены иные сроки подачи уведомления для вновь создаваемых медицинских организаций.

106. Территориальный фонд не позднее двух рабочих дней с даты получения уведомления в электронном виде от медицинской организации, направляет на указанный в уведомлении электронный адрес реестровый номер, присвоенный медицинской организации.

107. Медицинская организация в течение семи рабочих дней с даты получения реестрового номера представляет в территориальный фонд на бумажном носителе уведомление по образцу согласно приложению № 8 к настоящим Правилам и копию документа, дающего право на осуществление медицинской деятельности, заверенного подписью руководителя медицинской организации и печатью медицинской организации.

108. В день представления документов, указанных в пункте 107 настоящих Правил, территориальный фонд осуществляет проверку их на соответствие сведениям, представленным в уведомлении согласно пункту 103 настоящих Правил, в присутствии представителя медицинской организации и при установлении соответствия данных вносит медицинскую организацию в реестр медицинских организаций.

109. В случае выявления несоответствия сведений согласно пункту 108 настоящих Правил включение медицинской организации в реестр медицинских организаций приостанавливается до исполнения данных требований с учетом срока, установленного Законом.

110. В случае изменения сведений о медицинской организации, указанных в подпунктах 2, 3, 5, 6, 7 пункта 103 настоящих Правил, медицинская организация в течение двух рабочих дней от даты наступления этих изменений направляет в территориальный фонд в письменной форме новые сведения и документы, подтверждающие изменения сведений, для актуализации реестра медицинских организаций.

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

112. 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 реестра медицинских организаций, за исключением случаев:

- 1) утраты (приостановления либо прекращения) права на осуществление медицинской деятельности;
- 2) ликвидации медицинской организации;
- 3) банкротства медицинской организации;
- 4) иных случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации, препятствующих осуществлению деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

113. Исключение медицинских организаций из реестра медицинских организаций в случаях, указанных в пункте 112 настоящих Правил, производится с даты возникновения указанных обстоятельств.

114. Территориальный фонд размещает на своем официальном сайте в сети Интернет сведения, предусмотренные подпунктами 2, 3, 5, 7 пункта 103 настоящих Правил, о медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, и сведения, предусмотренные подпунктами 2, 3, 5, 7, 9 пункта 103 настоящих Правил о медицинских организациях, исключенных из реестра медицинских организаций.

115. Федеральный фонд обеспечивает размещение на своем официальном сайте в сети Интернет единого реестра медицинских организаций с указанием сведений, предусмотренных подпунктам 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10 пункта 103 настоящих Правил.

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

117. Контроль за соблюдением порядка включения (исключения) медицинских организаций в реестр медицинских организаций, мониторинг их деятельности в сфере обязательного медицинского страхования осуществляет Федеральный фонд.

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

118. Сведения о принятом Фондом социального страхования Российской Федерации решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве (далее – решение) исполнительный орган Фонда социального страхования Российской Федерации не позднее десяти рабочих дней со дня принятия решения направляет в территориальный фонд.

119. Территориальный фонд в течение трех рабочих дней со дня получения сведений, предусмотренных пунктом 118, от исполнительного 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 следующие сведения о застрахованных лицах, в отношении которых исполнительным органом Фонда социального страхования Российской Федерации принято решение:

- 1) фамилия, имя, отчество застрахованного лица;
- 2) номер полиса обязательного медицинского страхования;
- 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;
- 13) адрес медицинской организации;
- 14) номер телефона медицинской организации с кодом города.

120. Указанные в пункте 119 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.

121. 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 исполнителя, заверен подписью директора территориального фонда и скреплен печатью территориального фонда.

122. Страховая медицинская организация, получившая от территориального фонда сведения о застрахованном лице, в отношении которого Фондом социального страхования Российской Федерации принято решение об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего несчастного тяжелого 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 объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

123. Страховая медицинская организация, получившая сведения о застрахованном лице, в отношении которого Фондом социального страхования Российской Федерации принято решение об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего несчастного



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

124. 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 обязательного медицинского страхования.

#### VIII. Порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

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

126. Средства на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования предоставляются страховой медицинской организации территориальным фондом в соответствии с договором о финансовом обеспечении.

127. Территориальный фонд утверждает для страховых медицинских организаций дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения обязательного медицинского страхования (далее - дифференцированные подушевые нормативы) в соответствии с настоящими Правилами.

128. Ежемесячно, в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным, 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. За отчетный принимается месяц, за который страховой медицинской организацией будет осуществляться оплата медицинской помощи.

129. Среднемесячная численность застрахованных лиц определяется как среднее значение между количеством застрахованных лиц на первое и последнее число отчетного месяца.

130. Территориальный фонд и страховая медицинская организация в соответствии с договором о финансовом обеспечении ежемесячно проводят сверку расчетов, по результатам которой составляют акт сверки расчетов по договору о финансовом обеспечении по образцу согласно приложению № 9 к настоящим Правилам.

131. 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).

132. Медицинская организация направляет в страховую медицинскую организацию:

1) заявку на авансирование медицинской помощи по образцу согласно приложению № 10 к настоящим Правилам.

2) счет и реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, согласно по образцу приложению № 11 к настоящим Правилам.

133. При наличии отклоненных от оплаты счетов за оказанную медицинскую помощь по результатам проведенного страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи медицинская организация вправе доработать и представить в страховую медицинскую организацию, отклоненные ранее от оплаты счета и реестры счетов за оказанную медицинскую помощь, не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения акта от страховой медицинской организации.

134. 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.

135. За неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию к медицинской организации применяются санкции в соответствии с перечнем санкций, применяемых к медицинским организациям, по образцу согласно приложению № 12 к настоящим Правилам.

136. Медицинская организация и страховая медицинская организация в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию ежемесячно проводят сверку расчетов и составляют акт по образцу согласно приложению № 13 к настоящим Правилам.

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

137. Расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам при возникновении страхового случая за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис, осуществляют территориальные фонды (далее – межтерриториальные расчеты).

138. Оказание медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис, осуществляется при наступлении страхового случая, медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по видам медицинской помощи, включаемым в базовую программу.

139. Территориальный фонд субъекта Российской Федерации, на территории которого оказана медицинская помощь (далее – территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи), осуществляет оплату медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями застрахованным лицам, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, по действующим на территории оказания медицинской помощи тарифам и способам оплаты медицинской помощи на дату завершения случая оказания медицинской помощи, за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда.

140. Территориальный фонд субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис (далее – территориальный фонд по месту страхования), за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда осуществляет возмещение средств, израсходованных территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи, по действующим на территории оказания медицинской помощи тарифам и способам оплаты медицинской помощи на дату завершения случая оказания медицинской помощи.

141. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи и территориальный фонд по месту страхования осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утверждаемым Федеральным фондом (далее –

порядок организации и проведения контроля), по результатам которого оформляются соответственно акты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

142. 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 порядком ведения персонифицированного учета в обязательном медицинском страховании с использованием средств криптографической защиты информации и электронной цифровой подписи с соблюдением требований законодательства Российской Федерации по защите персональных данных.

143. 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.

144. Требования к форматам информационного обмена данными при осуществлении межтерриториальных расчетов устанавливаются в порядке информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утверждаемым Федеральным фондом (далее – Требования).

145. Медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и оказавшая медицинскую помощь застрахованному лицу, формирует и направляет счет и реестр счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис (далее – реестр), по образцу согласно приложению № 14 к настоящим Правилам, в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи не позднее десяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи.

146. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи проводит медико-экономический контроль предъявленного медицинской организацией счета и реестра счетов и при отсутствии причин, требующих дополнительного рассмотрения реестра, осуществляет оплату оказанной медицинской помощи.

147. 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 которых сумма, предъявленная к оплате, может быть уменьшена.

148. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты представления счета и реестра 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 и реестр по образцу согласно приложению № 15 к настоящим Правилам, на общую сумму оказанной медицинской помощи с приложением сведений о результатах проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

149. Территориальный фонд по месту страхования не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения счета и реестра в электронном виде проводит медико-экономический контроль реестра, оплату счета 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, по образцу согласно приложению № 16 к настоящим Правилам, в котором указываются позиции реестра, не принятые к оплате и/или неполностью оплаченные, с указанием причин их дополнительного рассмотрения, а также протокол обработки реестра в соответствии с Требованиями (далее – протокол обработки реестра).

150. 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 оплате и/или не полностью оплаченным позициям реестра и повторно направляет по ним исправленную часть реестра и счет 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 142 настоящих Правил.

151. Позиции реестра, требующие повторного рассмотрения, принимаются к учету 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 оплате по выставленному счету по образцу согласно приложению № 17 к настоящим Правилам и учитываются как отказ в оплате. При получении дополнительной информации к позициям реестров принятые к оплате суммы учитываются дополнительно.

152. Оплата исправленной части реестра 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.

153. Обоснованными причинами, требующими дополнительного рассмотрения отдельных позиций реестра, являются случаи, изложенные в порядке организации и проведения контроля.

154. Не подлежит межтерриториальным расчетам медицинская помощь по видам, не входящим в базовую программу, а также суммы дополнительного страхового обеспечения к базовой программе, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации.

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

156. 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 медицинского страхования (далее – акт сверки), по образцу согласно приложению № 18 к настоящим Правилам.

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

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

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

159. Территориальный фонд осуществляет финансирование страховой медицинской организации по дифференцированным подушевым нормативам.

160. Дифференцированные подушевые нормативы устанавливают размеры финансовых средств, предназначенных 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 и места жительства в субъекте Российской Федерации.

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

162. 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.

163. Дифференцированные подушевые нормативы рассчитываются в следующем порядке:

1) рассчитываются коэффициенты дифференциации (КД<sub>ин</sub>) для каждой половозрастной группы застрахованных лиц в разрезе муниципальных образований (либо групп муниципальных образований) 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 в разрезе муниципальных образований (либо групп муниципальных образований). К расчету коэффициентов дифференциации принимается численность застрахованных лиц, проживающих на территории субъекта Российской Федерации, определяемая на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц территориального фонда на первое число первого месяца расчетного периода. Показатели включаются в сведения о численности застрахованных лиц на расчетный период по образцу согласно приложению № 19 к настоящим Правилам;

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, проживающих на территории субъекта Российской Федерации, по каждому муниципальному образованию (либо группе муниципальных образований) субъекта Российской Федерации. Показатели включаются в сведения о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, за расчетный период по образцу согласно приложению № 20 к настоящим Правилам;

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

$P = Z/M/Ч$ , где:

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

M – количество месяцев в расчетном периоде;

$\mathcal{C}$  – численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации;

определяются нормативы затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в  $i$ -тый половозрастной интервал  $n$ -ого муниципального образования (группы муниципальных образований) субъекта Российской Федерации ( $P_{in}$ ) по формуле:

$$P_{in} = Z_{in}/M/\mathcal{C}_{in}, \text{ где:}$$

$Z_{in}$  – затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в  $i$ -тый половозрастной интервал  $n$ -ого муниципального образования (группы муниципальных образований) субъекта Российской Федерации за расчетный период;

$M$  – количество месяцев в расчетном периоде;

$\mathcal{C}_{in}$  – численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации, попадающего в  $i$ -тый половозрастной интервал  $n$ -ого муниципального образования субъекта Российской Федерации;

показатели включаются в сведения о средних ежемесячных затратах на одно застрахованное лицо на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию за расчетный период по образцу согласно приложению № 21 к настоящим Правилам;

рассчитываются коэффициенты дифференциации  $KD_{in}$  для каждой половозрастной группы в разрезе муниципального образования по формуле:

$$KD_{in} = P_{in}/P;$$

показатели включаются в сведения о коэффициентах дифференциации  $KD_{in}$  по образцу согласно приложению № 22 к настоящим Правилам.

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

$$C = (П - \Delta H - Y - P) / \mathcal{C}, \text{ где}$$

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

$\Delta H$  - 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;

$Y$  – 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;

$P$  – размер средств, предназначенных на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию страховой медицинской организации;

$\mathcal{C}$  – численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации;



3) рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для половозрастных групп застрахованных лиц с использованием коэффициентов дифференциации в разрезе муниципальных образований (групп муниципальных образований) по формуле:

$$D_{in} = C \times K_{D_{in}}, \text{ где:}$$

$C$  – среднедушевой норматив финансирования страховой медицинской организации;

$D_{in}$  – дифференцированный подушевой норматив для  $i$ -той половозрастной группы застрахованных лиц  $n$ -ого муниципального образования субъекта Российской Федерации;

$K_{D_{in}}$  – коэффициент дифференциации для  $i$ -той половозрастной группы застрахованных лиц  $n$ -ого муниципального образования субъекта Российской Федерации. Показатели включаются в сведения о дифференцированных подушевых нормативах  $D_{in}$  по образцу согласно приложению № 23 к настоящим Правилам.

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

$$\text{ФП} = \sum D_{in} \times Ч_{in}, \text{ где:}$$

$D_{in}$  – дифференцированный подушевой норматив для  $i$ -той половозрастной группы застрахованных лиц  $n$ -ого муниципального образования субъекта Российской Федерации;

$Ч_{in}$  – численность застрахованных лиц для  $i$ -той половозрастной группы  $n$ -ого муниципального образования субъекта Российской Федерации.

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

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

$k$  – количество страховых медицинских организаций.

166. 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:

$$\text{КП} = C \times Ч / \text{ОФП}$$

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

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

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

168. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – тарифы) – система ставок, определяющих размер оплаты медицинских услуг, а также стоимость законченного случая лечения в зависимости от набора медицинских услуг в соответствии со стандартами медицинской помощи.

169. Финансирование амбулаторной медицинской помощи может также осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской организации на застрахованных лиц, прикрепившихся к конкретной медицинской организации (врачу).

170. Тарифы и доля средств, включаемых в расчет подушевого финансирования, устанавливается соглашением между уполномоченным государственным органом субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, представителями медицинских организаций, профессиональных союзов медицинских работников и страховых медицинских организаций.

171. Тарифы рассчитываются в соответствии с настоящим разделом Правил и включают в себя статьи затрат, установленные в территориальной программе.

172. Финансирование амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской организации осуществляется в соответствии со статьями затрат, включенными в территориальную программу, по методике согласно пунктам 195-211 настоящих Правил.

173. Структура тарифа в рамках базовой программы включает в себя 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, производимых 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, приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу. В соответствии с Законом могут быть установлены дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи.

174. В состав тарифов включаются следующие группы, статьи и подстатьи расходов, утвержденные Классификацией операций сектора государственного управления:

1) Группа 200 «Расходы»:

статья 210 «Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда»:

подстатья 211 «Заработная плата» (кроме доплат, установленных органами местного самоуправления муниципальных образований, сверх утвержденных актами Российской Федерации и правовыми актами субъектами Российской Федерации);

подстатья 212 «Прочие выплаты»;

подстатья 213 «Начисления на выплаты по оплате труда»;

статья 220 «Оплата работ, услуг»:

подстатья 221 «Услуги связи»;

подстатья 222 «Транспортные услуги»;

подстатья 223 «Коммунальные услуги»;

подстатья 224 «Арендная плата за пользование имуществом»;

подстатья 225 «Работы, услуги по содержанию имущества»;

подстатья 226 «Прочие работы, услуги»;

статья 260 «Социальное обеспечение»;

статья 290 «Прочие расходы»;

2) Группа 300 «Поступление нефинансовых активов»:

статья 310 «Увеличение стоимости основных средств»;

статья 320 «Увеличение стоимости нематериальных активов»;

статья 340 «Увеличение стоимости материальных запасов».

175. Стоимость медицинской услуги формируется на основе себестоимости оказания медицинской услуги, с учетом доступности медицинской помощи, требований к качеству медицинской услуги, а также с учетом положений отраслевых и ведомственных нормативных правовых актов по определению расчетно-нормативных затрат на оказание медицинской услуги.

176. Для структурного подразделения либо отдельной медицинской организации при расчете стоимости медицинской услуги может быть установлен повышающий или понижающий коэффициент, учитывающий объективные различия (удаленность территории от крупных населенных пунктов, труднодоступность, количество прикрепленного населения и др.) в размерах нормативов затрат на оказание одной и той же медицинской услуги.

177. Затраты медицинской организации, оказывающей медицинскую услугу, делятся на затраты, непосредственно связанные с оказанием медицинской услуги и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской услуги.

178. К затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской услуги, относятся:

- 1) затраты на персонал, непосредственно участвующий в процессе оказания медицинской услуги (основной персонал);
- 2) материальные запасы, полностью потребляемые в процессе оказания медицинской услуги;
- 3) затраты (амортизация) оборудования, используемого в процессе оказания медицинской услуги;
- 4) прочие расходы, отражающие специфику оказания медицинской услуги.

179. К затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемым непосредственно в процессе оказания медицинской услуги (далее – накладные затраты), относятся:

- 1) затраты на персонал учреждения, не участвующий непосредственно в процессе оказания медицинской услуги (далее – административно-управленческий персонал);
- 2) хозяйственные расходы – приобретение материальных запасов, оплата услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, обслуживание, ремонт объектов (далее – затраты общехозяйственного назначения);
- 3) затраты на уплату налогов (кроме начислений на выплаты по оплате труда), пошлины и иные обязательные платежи;
- 4) затраты (амортизация) зданий, сооружений и других основных фондов, непосредственно не связанных с оказанием медицинской услуги.

180. Для расчета затрат на оказание медицинской услуги может быть использован расчетно-аналитический метод или метод прямого счета.

181. Расчетно-аналитический метод применяется в случаях, когда в оказании медицинской услуги задействован в равной степени весь основной персонал учреждения и все материальные ресурсы. Данный метод позволяет рассчитать затраты на оказание медицинской услуги на основе анализа фактических затрат учреждения в предшествующие периоды. В основе расчета затрат на оказание медицинской услуги лежит расчет средней стоимости единицы времени (человеко-дня, человеко-часа) и оценка количества единиц времени (человеко-дней, человеко-часов), необходимых для оказания медицинской услуги.

$$Z_{\text{усл}} = \frac{\sum Z_{\text{учр}}}{\text{Фр.вр.}} \cdot \text{ЧТ}_{\text{усл}}, \text{ где:}$$

$Z_{\text{усл}}$  – затраты на оказание единицы медицинской услуги;

$\sum Z_{\text{учр}}$  - сумма всех затрат учреждения за период времени;

Фр.вр – фонд рабочего времени основного персонала учреждения за тот же период времени;

Тусл. – норма рабочего времени, затрачиваемого основным персоналом на оказание медицинской услуги.

182. Метод прямого счета применяется в случаях, когда оказание медицинской услуги требует использования отдельных специалистов учреждения и специфических материальных ресурсов, включая материальные запасы и оборудование. В основе расчета затрат на оказание медицинской услуги лежит прямой учет всех элементов затрат.

$$З_{\text{усл}} = З_{\text{оп}} + З_{\text{мз}} + А_{\text{усл}} + З_{\text{н}}, \text{ где:}$$

$З_{\text{усл}}$  – затраты на оказание медицинской услуги;

$З_{\text{оп}}$  – затраты на основной персонал, непосредственно принимающий участие в оказании медицинской услуги;

$З_{\text{мз}}$  – затраты на приобретение материальных запасов, потребляемых в процессе оказания медицинской услуги;

$А_{\text{усл}}$  – сумма начисленной амортизации оборудования, используемого при оказании медицинской услуги;

$З_{\text{н}}$  – накладные затраты, относимые на стоимость медицинской услуги.

Затраты на основной персонал включают в себя:

1) затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда основного персонала;

2) суммы вознаграждения работников, привлекаемых по гражданско-правовым договорам.

Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда рассчитываются как произведение стоимости единицы рабочего времени (например, человеко-дня, человеко-часа) на количество единиц времени, необходимое для оказания медицинской услуги. Данный расчет проводится по каждому работнику, участвующему в оказании соответствующей медицинской услуги, и определяются по формуле:

$$З_{\text{оп}} = \sum \text{Отч} * \text{Тусл}, \text{ где:}$$

$З_{\text{оп}}$  – затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда основного персонала;

$Тусл$  – норма рабочего времени, затрачиваемого основным персоналом;

$Отч$  – повременная (часовая, дневная, месячная) ставка по штатному расписанию и по гражданско-правовым договорам работников из числа основного персонала (включая начисления на выплаты по оплате труда).

Расчет затрат на оплату труда персонала, непосредственно участвующего в процессе оказания медицинской услуги, проводится согласно таблице 1. В расчет затрат на оплату труда могут включаться также выплаты стимулирующего характера, в объеме, установленном нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Таблица 1

### Расчет затрат на оплату труда персонала

(наименование медицинской услуги)

Должность	Средний должностной оклад в месяц, включая начисления на выплаты по оплате труда (руб.)	Месячный фонд рабочего времени (мин.)	Норма времени на оказание медицинской услуги (мин.)	Затраты на оплату труда персонала (руб.) (5)=(2)/(3)*(4)
1	2	3	4	5
1.				
2.				
–				
Итого	х	х	х	

183. Затраты на приобретение материальных запасов и услуг, полностью потребляемых в процессе оказания медицинской услуги, включают в себя (в зависимости от вида оказываемой медицинской помощи):

- 1) затраты на медикаменты и перевязочные средства;
- 2) затраты на продукты питания;
- 3) затраты на мягкий инвентарь;
- 4) затраты на приобретение расходных материалов для оргтехники;
- 5) затраты на другие материальные запасы.

Затраты на приобретение материальных запасов рассчитываются как произведение средней стоимости материальных запасов на их объем потребления в процессе оказания медицинской услуги. Затраты на приобретение материальных запасов определяется по формуле:

$$З_{мз} = \sum МЗ_i^j \cdot Ц_i^j, \text{ где:}$$

$З_{мз}$  – затраты на материальные запасы, потребляемые в процессе оказания медицинской услуги;

$МЗ_i^j$  – материальные запасы определенного вида;

$\text{Ц}^j$  - стоимость приобретаемых материальных запасов.

Расчет затрат на материальные запасы, непосредственно потребляемые в процессе оказания медицинской услуги, проводится согласно таблице 2.

Таблица 2

### Расчет затрат на материальные запасы

(наименование медицинской услуги)

Наименование материальных запасов	Единица измерения	Расход (в ед. измерения)	Цена за единицу	Всего затрат материальных запасов (5)= (3)*(4)
1	2	3	4	5
1.				
2.				
–				
Итого	х	х	х	

184. Сумма начисленной амортизации оборудования, используемого при оказании медицинской услуги, определяется исходя из балансовой стоимости оборудования, годовой нормы его износа и времени работы оборудования в процессе оказания медицинской услуги.

Расчет суммы начисленной амортизации оборудования, используемого при оказании медицинской услуги, проводится согласно таблице 3.

Таблица 3

### Расчет суммы начисленной амортизации оборудования

(наименование медицинской услуги)

Наименование оборудования	Балансовая стоимость	Годовая норма износа (%)	Годовая норма времени работы оборудования (час.)	Время работы оборудования в процессе оказания медицинской услуги (час.)	Сумма начисленной амортизации (6)=(2)*(3)*(4) /(5)
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
–					
Итого	х	х	х	х	

185. Объем накладных затрат относится на стоимость медицинской услуги пропорционально затратам на оплату труда и начислениям на выплаты

по оплате труда основного персонала, непосредственно участвующего в процессе оказания медицинской услуги:

$$Z_n = k_n Z_{оп}, \text{ где:}$$

$k_n$  - коэффициент накладных затрат, отражающий нагрузку на единицу оплаты труда основного персонала учреждения. Данный коэффициент рассчитывается на основании отчетных данных за предшествующий период и прогнозируемых изменений в плановом периоде:

$$k_n = \frac{Z_{ауп} + Z_{охн} + A_{охн}}{\sum Z_{оп}}, \text{ где}$$

$Z_{ауп}$  - фактические затраты на административно-управленческий персонал за предшествующий период, скорректированные на прогнозируемое изменение численности административно-управленческого персонала и прогнозируемый рост заработной платы;

$Z_{охн}$  - фактические затраты общехозяйственного назначения за предшествующий период, скорректированные на прогнозируемый инфляционный рост цен, и прогнозируемые затраты на уплату налогов (кроме налогов на фонд оплаты труда), пошлины и иные обязательные платежи с учетом изменения налогового законодательства;

$A_{охн}$  - прогноз суммы начисленной амортизации имущества общехозяйственного назначения в плановом периоде;

$Z_{оп}$  - фактические затраты на весь основной персонал учреждения за предшествующий период, скорректированные на прогнозируемое изменение численности основного персонала и прогнозируемый рост заработной платы.

Затраты на административно-управленческий персонал включают в себя:

1) затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда административно-управленческого персонала;

2) затраты по повышению квалификации основного и административно-управленческого персонала.

Затраты общехозяйственного назначения включают в себя:

1) затраты на материальные и информационные ресурсы, затраты на услуги в области информационных технологий (в том числе приобретение неисключительных (пользовательских) прав на программное обеспечение;

2) затраты на коммунальные услуги, услуги связи, транспорта, затраты на услуги банков, прачечных, затраты на прочие услуги, потребляемые учреждением при оказании медицинской услуги;



3) затраты на содержание недвижимого и особо ценного движимого имущества, в том числе затраты на охрану (обслуживание систем видеонаблюдения, тревожных кнопок, контроля доступа в здание и т.п.), затраты на противопожарную безопасность (обслуживание оборудования, систем охранно-пожарной сигнализации т.п.), затраты на текущий ремонт по видам основных фондов, затраты на содержание прилегающей территории, затраты на арендную плату за пользование имуществом (в случае если аренда необходима для оказания медицинской услуги), затраты на уборку помещений, на содержание транспорта, приобретение топлива для котельных, санитарную обработку помещений.

Сумма начисленной амортизации имущества общехозяйственного назначения определяется исходя из балансовой стоимости оборудования и годовой нормы его износа.

Расчет накладных затрат приводится согласно таблице 4.

Таблица 4

#### Расчет накладных затрат

(наименование медицинской услуги)

№ п/п	Наименование статей затрат	Сумма (руб.)
1	Прогноз затрат на административно-управленческий персонал	
2	Прогноз затрат общехозяйственного назначения	
3	Прогноз суммы начисленной амортизации имущества общехозяйственного назначения	
4	Прогноз суммарного фонда оплаты труда основного персонала	
5	Коэффициент накладных затрат	$(5) = \{(1) + (2) + (3)\} / (4)$
6	Затраты на основной персонал, участвующий в предоставлении медицинской услуги	
7	Итого накладные затраты	$(7) = (5) * (6)$

186. Расчет стоимости медицинской услуги производится согласно таблице 5.

## Расчет стоимости медицинской услуги

(наименование медицинской услуги)

№ п/п	Наименование статей затрат	Сумма (руб.)
1.	Затраты на оплату труда основного персонала	
2.	Затраты материальных запасов	
3.	Сумма начисленной амортизации оборудования, используемого при оказании медицинской услуги	
4.	Накладные затраты, относимые на медицинскую услугу	
5.	Итого затрат	
6.	Стоимость медицинской услуги	

187. Тариф на медико-экономический стандарт рассчитывается в соответствии со стандартом медицинской помощи, установленным на территории субъекта Российской Федерации.

188. Тариф на медико-экономический стандарт определяется по следующей формуле:

$$T_{\text{мэс}} = \sum Z_{\text{усл}} + \sum Z_{\text{м}} + Z_{\text{проф}} + Z_{\text{н}}, \text{ где:}$$

$\sum Z_{\text{усл}}$  – сумма затрат на оказание медицинских услуг, кроме затрат на медицинские услуги, оказываемых в профильном отделении;

$\sum Z_{\text{м}}$  – сумма затрат на лекарственные средства и изделия медицинского назначения в соответствии со стандартом медицинской помощи, не входящие в стоимость медицинских услуг;

$Z_{\text{проф}}$  – затраты профильного отделения на выполнение стандартов медицинской помощи;

$Z_{\text{н}}$  – накладные затраты.

189. Сумма затрат на оказание медицинских услуг ( $\sum Z_{\text{усл}}$ ) рассчитывается как сумма произведений стоимости услуг и частоты применения:

$$\sum Z_{\text{усл}} = \sum (Z_{\text{усл}i} * r_i), \text{ где}$$

$\sum Z_{\text{усл}}$  – сумма затрат на оказание медицинских услуг, кроме затрат на медицинские услуги, оказываемых в профильном отделении;

$Z_{\text{усл}i}$  – затраты на оказание одной медицинской услуги;

$r_i$  – частота применения конкретной медицинской услуги.

190. Сумма затрат на лекарственные средства и изделия медицинского назначения в соответствии со стандартом медицинской помощи, не входящие в стоимость медицинских услуг ( $\sum Z_{\text{м}}$ ), рассчитывается как сумма произведений

стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения в соответствии со стандартом медицинской помощи и частоты их применения:

$$\sum Z_M = \sum (Z_{Mi} * g_i), \text{ где:}$$

$Z_M$  – затраты на приобретение лекарственного средства или изделия медицинского назначения;

$g_i$  – частота применения лекарственного средства или изделия медицинского назначения

191. Затраты профильного отделения определяются по следующей формуле:

$$Z_{\text{проф}} = (Z_{\text{оп}} + Z_{\text{мз}} + A_{\text{усл}}) * k, \text{ где:}$$

$Z_{\text{проф}}$  – затраты профильного отделения на выполнение стандартов медицинской помощи;

$Z_{\text{оп}}$  – затраты на основной персонал, непосредственно принимающий участие в оказание медицинской помощи в профильном отделении, в расчете на один койко-день;

$Z_{\text{мз}}$  – затраты на приобретение материальных запасов в процессе оказания медицинской услуги в профильном отделении, в расчете на один койко-день;

$A_{\text{усл}}$  – сумма начисленной амортизации оборудования, используемого при оказании медицинской услуги в профильном отделении, в расчете на один койко-день;

$k$  – количество койко-дней в соответствии со стандартом медицинской помощи.

192. Затраты на основной персонал, непосредственно принимающий участие в оказание медицинской помощи в профильном отделении ( $Z_{\text{оп}}$ ) включают в себя:

1) затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда основного персонала профильного отделения;

2) затраты на командировки основного персонала, связанные с предоставлением медицинских услуг, оказываемых в профильном отделении;

3) прочие затраты в пользу основного персонала и (или) их иждивенцев, не относящиеся к заработной плате, дополнительные выплаты и компенсации, обусловленные условиями трудовых отношений, статусом работников в соответствии с законодательством Российской Федерации, связанные с предоставлением медицинских услуг, оказываемой в профильном отделении.

193. Затраты на приобретение материальных запасов в процессе оказания медицинской услуги в профильном отделении ( $Z_{\text{мз}}$ ), включают в себя:

1) затраты на лекарственные средства и изделия медицинского назначения по медицинским услугам, входящим в стандарт медицинской помощи профильного отделения в расчете на один койко-день;

2) расходы на многоразовый инструментарий, используемый в профильном отделении медицинского учреждения, в расчете на один койко-день;

3) затраты на другие материальные запасы по медицинским услугам, входящим в стандарт медицинской помощи, профильного отделения, в расчете на один койко-день.

194. Сумма начисленной амортизации оборудования, используемого при оказании медицинской услуги в профильном отделении, на один койко-день ( $A_{\text{усл}}$ ) определяется исходя из балансовой стоимости оборудования, годовой нормы его износа и времени работы оборудования в процессе оказания медицинской услуги.

195. Оплата амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской организации на прикрепленных лиц, застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования (далее – подушевое финансирование), является способом оплаты медицинской помощи, ориентированным на результаты деятельности медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы.

196. Подушевое финансирование как способ оплаты медицинской помощи рекомендовано применять для медицинских организаций, имеющих прикрепленных к врачам-терапевтам участковым, врачам педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) застрахованных лиц.

197. Доля средств, направляемых на подушевое финансирование, устанавливается исходя из определения видов и объемов медицинской помощи, включаемых в подушевой норматив финансирования медицинской организации.

198. В подушевой норматив финансирования медицинской организации могут включаться:

1) объем амбулаторной медицинской помощи, оказанной врачами-терапевтами участковыми, врачами педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами);

2) объем амбулаторной медицинской помощи, оказанной врачами специалистами;

3) объем стационарозамещающей медицинской помощи;

4) объем стационарной медицинской помощи;

5) объем скорой медицинской помощи

199. Виды и объемы медицинской помощи, включаемые в подушевой норматив финансирования медицинской организации, определяются территориальной программой.

200. Доля средств подушевого финансирования устанавливается соглашением между уполномоченным государственным органом субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, представителями медицинских организаций, профессиональных союзов медицинских работников и страховых медицинских организаций.

201. При установлении доли средств подушевого финансирования следует учитывать соотношение объема медицинской помощи, включенной в подушевой норматив, к общему объему оказанной медицинской помощи.

202. Территориальный фонд исходя из установленной доли средств подушевого финансирования осуществляет расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций.

203. Территориальный фонд осуществляет расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования на основании среднедушевого норматива финансирования с учетом:

1) коэффициентов половозрастных затрат на оказание медицинской помощи конкретной медицинской организации;

2) других коэффициентов, разработанных в субъекте Российской Федерации на основании показателей здоровья населения.

204. Территориальный фонд доводит дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинских организаций до страховых медицинских организаций.

205. Страховая медицинская организация финансирует медицинскую организацию в соответствии с численностью прикрепленных застрахованных лиц.

206. Медицинские организации, получающие средства по подушевому финансированию, наделены правом использовать полученные средства в соответствии с нормативными правовыми актами, регламентирующими расходование средств в сфере обязательного медицинского страхования.

207. Медицинские организации, получающие средства по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи, ежемесячно формируют и направляют в страховые медицинские организации реестры счетов оказанной медицинской помощи.

208. На основании представленных реестров счетов страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

209. Страховая медицинская организация при оплате амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской организации имеет возможность уменьшать объем предоставляемых средств или полностью не предоставлять средства по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

210. Расчет подушевого норматива финансирования медицинской организации осуществляется по формуле:

$$\text{Сдн} = \text{Дср} : 12 * \text{Чмо}, \text{ где:}$$

Сдн (рублей) - подушевой норматив финансирования медицинской организации;

Дср (рублей) – объем средств в соответствии с установленной долей средств для подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи;

12 - количество месяцев в году;

Чмо (человек) - численность прикрепленных застрахованных лиц.

211. Коэффициент половозрастных затрат *i*-й медицинской организации рассчитывается с использованием относительных коэффициентов половозрастных затрат для каждой половозрастной группы и численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации, в этой группе. Относительные коэффициенты половозрастных затрат учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи, связанные с половозрастной структурой населения. Величина относительных коэффициентов рассчитывается Фондом на основании фактических данных об объемах и стоимости амбулаторно-поликлинических услуг для каждой половозрастной группы за определенный период, предшествующий расчетному периоду. Коэффициент половозрастных затрат *i*-й медицинской организации рассчитывается по формуле:

$$K_{\text{пв}} = \frac{K_{\text{пв1}} * Ч_{\text{з1}} + K_{\text{пв2}} * Ч_{\text{з2}} + \dots + K_{\text{пвп}} * Ч_{\text{зп}}}{Ч_{\text{зoi}}}$$

где:  $K_{\text{пв}}$  - коэффициент половозрастных затрат *i*-й медицинской организации;

1, 2, ... *n* - половозрастные группы, по которым дифференцируется уровень объема потребляемой медицинской помощи;

$K_{\text{пв1}}, K_{\text{пв2}}, \dots, K_{\text{пвп}}$  - коэффициенты половозрастных затрат, характеризующие в относительных величинах затраты на оказание амбулаторной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствующей половозрастной группе;

$Ч_{\text{з1}}, Ч_{\text{з2}}, \dots, Ч_{\text{зп}}$  - численность застрахованных лиц, прикрепленных к *i*-й медицинской организации в соответствующих половозрастных группах, человек;

$Ч_{\text{зoi}}$  - общая численность застрахованных лиц, прикрепленных к *i*-й медицинской организации, человек.

## XII. Положение о Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации

212. Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации (далее –

Комиссия) создается в соответствии законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

213. 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, а также настоящими Правилами.

214. Для рассмотрения конкретных вопросов и подготовки необходимых предложений при Комиссии могут создаваться рабочие группы, состоящие из членов Комиссии и иных лиц, привлеченных к ее работе, в том числе для оперативного перераспределения объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.

215. Основными задачами Комиссии являются подготовка необходимых материалов для разработки проекта территориальной программы, и осуществление мер, направленных на ее выполнение.

216. Комиссия осуществляет следующие функции:

1) определяет входящие в территориальную программу виды медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, условия оказания медицинской помощи;

2) получает от территориального фонда данные о численности работающих и неработающих застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на основе сегмента регионального регистра застрахованных лиц;

3) определяет с учетом потребности застрахованных лиц субъекта Российской Федерации в медицинской помощи значения нормативов объемов медицинской помощи, расчетные нормативы финансовых затрат на единицу объемов медицинской помощи и расчетные подушевые нормативы финансового обеспечения территориальной программы;

4) формирует перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации;

5) устанавливает значения критериев доступности и качества медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации;

6) принимает решение по распределению объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями;

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

8) проводит анализ выполнения объемов медицинской помощи страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями и,

при необходимости, перераспределяет объемы медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями;

9) анализирует соответствие территориальных показателей объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объемов медицинской помощи, установленных базовой программой, а также определяет эффективность использования ресурсов здравоохранения (кадровых, материально-технических, финансовых) медицинскими организациями.

217. Расчет территориальных нормативов объемов медицинской помощи проводится Комиссией в соответствии с нормативами, определенными утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, скорректированными с учетом уровня и структуры заболеваемости и демографических особенностей лиц, застрахованных в субъекте Российской Федерации.

При формировании территориальных нормативов объемов медицинской помощи учитываются также:

- 1) объемы медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации;
- 2) территориальная доступность отдельных видов медицинской помощи;
- 3) необходимость и возможность внедрения и развития новых современных медицинских технологий;
- 4) наличие ресурсного, в том числе кадрового, обеспечения планируемых объемов медицинской помощи, приведение в соответствие объема и структуры медицинской помощи с расчетными стоимостными показателями;
- 5) обеспечение условий достижения оптимальной медицинской, экономической и социальной эффективности использования материально-технических и финансовых ресурсов;
- 6) социально-значимые конечные показатели деятельности здравоохранения.

218. Страховая медицинская организация, включенная в реестр страховых медицинских организаций, в срок до десятого декабря года, предшествующего реализации территориальной программы, представляет в территориальный фонд предложения по объемам медицинской помощи исходя из потребности застрахованных лиц и потребности финансовых средств для оплаты медицинским организациям указанных объемов медицинской помощи.

219. Медицинские организации в срок до 1 ноября года, предшествующего осуществлению деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, представляют в территориальный фонд следующую информацию:

- 1) показатели, подтверждающие возможность медицинской организации по выполнению объемов медицинской помощи в разрезе видов, профилей



медицинской помощи, врачебных специальностей в соответствии с правом на их осуществление;

2) численность застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания амбулаторной медицинской помощи.

220. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения исходя из показателей объемов медицинской помощи, утвержденных территориальными программами, представляют в территориальный фонд информацию об объемах медицинской помощи по видам медицинской помощи, профилям медицинской помощи, врачебных специальностей, заболеваний в целом по субъекту Российской Федерации.

221. На основе поступивших от органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, страховых медицинских организаций и медицинских организаций предложений территориальный фонд осуществляет подготовку предложений по распределению объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями и представляет их на заседание Комиссии.

222. Комиссия рассматривает предложения территориального фонда, а также поступившие в адрес территориального фонда предложения от органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, страховых медицинских организаций и медицинских организаций.

Решение о распределении согласованных объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями принимается Комиссией на основе:

1) численности и половозрастной структуры застрахованных лиц конкретной страховой медицинской организацией в муниципальных образованиях субъекта Российской Федерации;

2) показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой на соответствующий год и определенных с учетом:

3) видов медицинской помощи;

4) условий оказания медицинской помощи;

5) профилей отделений (коек), врачебных специальностей;

6) расчетного потребления медицинской помощи застрахованными лицами по полу и возрасту;

7) сложившегося потребления медицинской помощи застрахованными лицами конкретной страховой медицинской организацией по данным персонафицированного учета медицинской помощи за предыдущий период (квартал, год);

8) объемов медицинской помощи, распределяемых между страховыми медицинскими организациями на год с поквартальной разбивкой, с последующей необходимой корректировкой в течение каждого квартала.

Решение о распределении объемов медицинской помощи между медицинскими организациями принимается Комиссией с учетом:

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

2) показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой, с учетом профилей медицинской помощи, врачебных специальностей, видов медицинской помощи и условий ее оказания медицинскими организациями, не имеющими прикрепленных застрахованных лиц.

223. Объемы медицинской помощи распределяются между медицинскими организациями исходя из возможностей выполнения медицинскими организациями объемов медицинской помощи и устанавливаются на год с последующей корректировкой при необходимости исходя из потребности застрахованных лиц в медицинской помощи и с учетом их права выбора медицинской организации и врача.

224. При подушечном финансировании амбулаторной медицинской помощи объемы медицинской помощи устанавливаются медицинским организациям исходя из объемов первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами - терапевтами участковыми, врачами педиатрами - участковыми, врачами общей практики, и являются основой для определения подушечных нормативов финансирования.

225. Подушечные нормативы финансирования устанавливаются соглашением между уполномоченным государственным органом субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников и могут пересматриваться при изменении оказываемых медицинской организацией объемов медицинской помощи.

226. О принятом решении по распределению объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями Комиссия информирует территориальный фонд и орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

227. Сведения о распределенных объемах медицинской помощи и соответствующих им финансовых средствах включаются в договоры о финансовом обеспечении, заключаемые между территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями, и договоры на оказание

медицинской помощи, заключаемые между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.

228. Территориальный фонд, на основе представляемых медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями сведений об оказанной медицинской помощи, осуществляет мониторинг и анализ:

1) объемов медицинской помощи, оказанных медицинскими организациями по профилям медицинской помощи, врачебным специальностям, уровням медицинской помощи;

2) объемов медицинской помощи, оплаченных страховыми медицинскими организациями;

3) объемов медицинской помощи, оказанных и оплаченных в целом по субъекту Российской Федерации;

4) потоков пациентов по медицинским организациям. Результаты анализа представляются территориальным фондом на заседание Комиссии для принятия решений по корректировке при необходимости и обоснованности указанных объемов медицинской помощи.

229. В состав Комиссии на паритетных началах входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители профессиональных союзов или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации.

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

231. Состав Комиссии формируется с учетом исключения возможности возникновения конфликтов интересов, которые могли бы повлиять на принимаемые Комиссией решения.

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

233. Заседания Комиссии проводятся ежемесячно, а при необходимости - чаще по решению председателя Комиссии.

234. 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.

235. Решения Комиссии считаются правомочными, если в заседании принимало участие более двух третей членов Комиссии.

236. Решение принимается простым большинством голосов от количества присутствующих на заседании членов Комиссии. В случае равенства голосов голос председателя Комиссии является решающим.

237. Заседания Комиссии протоколируются, протокол подписывается председателем Комиссии и всеми присутствующими на заседании членами Комиссии.

238. Ведение делопроизводства и хранение протоколов Комиссии обеспечивает секретарь Комиссии.

ХIII. Порядок оказания 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.

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

240. Медицинская помощь застрахованным лицам оказывается в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

241. 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), по образцу согласно приложению № 24 к настоящим Правилам, в территориальный фонд по месту страхования застрахованного лица, не позднее десяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи.

242. 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, по результатам которых, оформляются соответственно акты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

243. 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.

244. 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 которых сумма, предъявленная к оплате, может быть уменьшена.

245. Территориальный фонд по месту страхования застрахованного лица в течение 25 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 действующим на территории оказания медицинской помощи 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 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.

246. Сверка расчетов по счетам проводится ежегодно перед составлением годовой бухгалтерской отчетности с 1 октября предыдущего отчетного года по 30 сентября отчетного года включительно (далее – отчетный период) с оформлением акта сверки расчетов за медицинскую помощь по образцу согласно приложению № 25 к настоящим Правилам.

247. 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.

248. 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.

249. 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 порядком ведения персонифицированного учета в обязательном медицинском страховании с использованием средств криптографической защиты информации и электронной цифровой подписи с

соблюдением требований законодательства Российской Федерации по защите персональных данных.

250. 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.

251. Форматы информационного обмена данными при осуществлении расчетов устанавливаются в Требования

252. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной медицинской организацией за пределами Российской Федерации, рассчитываются в соответствии с настоящими Правилами и устанавливаются соглашением между указанной медицинской организацией и территориальным фондом по месту нахождения организации, являющейся учредителем данной медицинской организации.

253. Медицинская организация, находящаяся за пределами Российской Федерации представляет отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в территориальный фонд по месту нахождения организации, являющийся учредителем указанной медицинской организации

#### XIV. Требования к размещению страховыми медицинскими организациями информации в информационно-коммуникационной сети и опубликованию в средствах массовой информации

254. 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 разрезе субъектов 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 граждан в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе праве выбора или замены страховой медицинской организации, медицинской организации;

10) о порядке получения полиса обязательного медицинского страхования;

11) об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Законом.

255. 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 255 настоящих Правил;

3) в виде пиктограмм, обозначающих размещенные файлы, содержащие информацию, указанную в пункте 254 настоящих Правил.

256. Способы размещения информации, указанные в пункте 255 настоящих Правил, должны обеспечивать возможность пользователю распечатать на бумажном носителе информацию: о порядке получения полиса, об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Законом, о правах граждан 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.

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

258. Опубликование в средствах массовой информации (включая электронные) информации, указанной в пункте 255 настоящих Правил, осуществляется страховой медицинской организацией за счет собственных средств не реже одного раза в год. Максимальное число публикаций не ограничено. Страховые медицинские организации хранят экземпляры или электронные версии публикаций не менее трех лет.

259. 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.

260. Размещению на официальном сайте страховой медицинской организации в сети Интернет и средствах массовой информации не подлежит информация содержащие государственную или иную охраняемую тайну.

## XV. Особенности предоставления средств территориальным фондом страховой медицинской организации в 2011 году.

261. Территориальный фонд финансирует страховую медицинскую организацию на основании договора финансового обеспечения обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией на 2011 год (далее – договор на 2011 год). Финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования осуществляется по дифференцированным подушевым нормативам, определяемым в соответствии с настоящими Правилами.

262. Полученные от территориального фонда по дифференцированным подушевым нормативам средства обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация использует на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы, формирование резервов, на оплату расходов на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию.

263. Для обеспечения выполнения принятых обязательств по оплате медицинской помощи в объеме территориальной программы страховая медицинская организация образует запасной резерв, резерв финансирования предупредительных мероприятий и средства на ведение дела за счет следующих источников:

1) поступивших от территориального фонда платежей по обязательному медицинскому страхованию (далее – средства) по подушевым дифференцированным нормативам в соответствии с договором на 2011 год;

2) экономии средств, поступивших от территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам по настоящему договору, возникшей из-за неоплаты или неполной оплаты счетов медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по результатам медико-экономического контроля и медико-экономической экспертизы медицинской помощи;

3) средств, поступивших от применения санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

4) средств, причитающихся страховой медицинской организации от юридических или физических лиц, ответственных за причиненный вред здоровью застрахованных лиц;

5) сумм возврата средств резервов.

264. Формирование и пополнение резерва оплаты медицинской помощи страховая медицинская организация осуществляет по нормативам за счет следующих источников:

1) средств, поступивших от территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам по договору на 2011 год, за исключением



средств, направленных на формирование запасного резерва, резерва финансирования предупредительных мероприятий и средств на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию;

2) ста процентов экономии средств, поступивших от территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам по договору на 2011 год, возникшей по результатам медико-экономического контроля медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями;

3) девяноста процентов экономии средств, поступивших от территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам по договору на 2011 год, возникшей по результатам медико-экономической экспертизы медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями;

4) десяти процентов экономии средств, поступивших от территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам по договору на 2011 год, возникшей по результатам экспертизы качества медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями;

5) сумм, полученных при применении иных санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

6) восьмидесяти процентов средств, взысканных с юридических или физических лиц, ответственных за причиненный вред здоровью застрахованных;

7) ста процентов суммы превышения фактической величины запасного резерва и резерва финансового обеспечения предупредительных мероприятий над установленным нормативом;

8) ста процентов средств, поступивших на оплату медицинской помощи по возмещению вреда, причиненного здоровью застрахованных по обязательному страхованию гражданской ответственности владельцев транспортных средств;

9) ста процентов средств, предоставляемых страховой медицинской организации для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования из средств нормированного страхового запаса территориального фонда, в установленном порядке в случае недостатка средств для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы.

265. Формирование и пополнение запасного резерва для возмещения превышения расходов на оплату медицинской помощи над средствами, предназначенными на эти цели, страховая медицинская организация осуществляет из средств, полученных из территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам по договору на 2011 год. Сумма средств в запасном резерве не должна превышать одномесячного запаса средств на оплату медицинской помощи в объеме территориальной программы

обязательного медицинского страхования, рассчитанного как средняя величина за отчетный период.

266. Формирование и пополнение резерва финансового обеспечения предупредительных мероприятий для финансирования мероприятий по снижению заболеваемости застрахованных лиц и других мероприятий, способствующих снижению затрат на осуществление территориальной программы, улучшению доступности и качества медицинской помощи и повышению эффективности использования средств медицинскими организациями, страховая медицинская организация осуществляет по нормативам за счет следующих источников:

1) семидесяти процентов суммы экономии средств, полученных из территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам по договору на 2011 год, возникшей по результатам экспертизы качества медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, включая суммы иных санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи;

2) пяти процентов экономии средств, полученных из территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам по договору, возникшей по результатам медико-экономической экспертизы медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями. Сумма средств резерва финансового обеспечения предупредительных мероприятий не должна превышать двухнедельного размера запаса средств на оплату медицинской помощи в объеме территориальной программы.

267. Формирование средств расходов на ведение дела по договору на 2011 год страховая медицинская организация осуществляет:

1) по нормативу \_\_\_\_\_ процентов от средств, полученных из территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам;

2) двадцати процентов экономии средств, полученных из территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам по договору на 2011 год, возникшей по результатам экспертизы качества медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, включая суммы иных санкций по результатам контроля объемов и качества медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

3) пяти процентов экономии средств, полученных из территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам по договору на 2011 год, возникшей по результатам медико-экономической экспертизы реестров медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями;

4) двадцати процентов средств, взысканных с юридических или физических лиц, ответственных за причиненный вред здоровью застрахованных;

5) штрафов и пени, полученных страховой медицинской организацией за нарушение условий договоров, действующих в сфере обязательного

медицинского страхования, за исключением полученных или удержанных по результатам экспертиз.

268. Страховая медицинская организация направляет средства:

1) резерва оплаты медицинской помощи и запасного резерва на оплату медицинской помощи по договорам на оказание и оплату медицинской помощи;

2) резерва финансового обеспечения предупредительных мероприятий на мероприятия по снижению заболеваемости среди застрахованных лиц и других мероприятий, способствующих снижению затрат на осуществление территориальной программы, улучшению доступности и качества медицинской помощи и повышению эффективности использования средств медицинскими организациями, установленных территориальным фондом по согласованию со страховой медицинской организацией.

269. В случае досрочного прекращения договора на 2011 год страховая медицинская организация в течение десяти рабочих дней возвращает в территориальный фонд средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи, в том числе средства сформированных резервов (оплаты медицинской помощи и запасного резерва), оставшиеся после выполнения ею в полном объеме обязательств перед медицинскими организациями по договорам на оказание и оплату медицинской помощи, а также оставшиеся средства резерва финансового обеспечения предупредительных мероприятий.

270. Остатки средств сформированных резервов, неиспользованных на конец 2011 года в полном объеме страховыми медицинскими организациями, возвращаются в территориальный фонд.

Приложение № 1  
к Правилам обязательного  
медицинского страхования,  
утвержденным приказом  
Министерства  
здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от «28» декабря 2010 г № 1219Н

Образец

В \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации)  
ОТ \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о выборе (замене) страховой медицинской организации<sup>1</sup>

Прошу зарегистрировать меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации)

в связи с<sup>2</sup>:

	1) выбором страховой медицинской организации;
	2) заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;
	3) заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства;
	4) заменой страховой медицинской организации в связи с прекращением действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

Номер полиса<sup>3</sup>:  Отсутствует<sup>1</sup>

<sup>1</sup> При заполнении заявления исправления не допускаются.

<sup>2</sup> Соответствующий пункт отметить знаком «V».

<sup>3</sup> Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского страхования единого образца.

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен.

\_\_\_\_\_ .  
(подпись застрахованного лица или его представителя)

### 1. Сведения о застрахованном лице

1.1. Фамилия \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность<sup>2</sup>)

1.2. Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.3. Отчество<sup>3</sup> \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Пол: муж.  жен.  (нужное отметить знаком «V»)

1.5. Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

1.6. Место рождения: \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.7. Вид документа, удостоверяющего личность<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

1.8. Серия \_\_\_\_\_ 1.9. Номер \_\_\_\_\_

1.10. Дата выдачи \_\_\_\_\_

1.11. Гражданство: \_\_\_\_\_  
(название государства; лицо без гражданства)

1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации<sup>5</sup>:

а) почтовый индекс

б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, округ)

в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_

д) населенный пункт \_\_\_\_\_  
(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_

ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_

к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
лицо без определённого места жительства<sup>6</sup>

1.13. Адрес места пребывания<sup>7</sup> (указывается в случае пребывания гражданина по адресу отличному от адреса регистрации по месту жительства):  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Отмечается знаком «V», если полис обязательного медицинского страхования единого образца гражданину ранее не выдавался.

<sup>2</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

<sup>3</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<sup>4</sup> Для лиц, указанных в частях 5 и 7 пункта 7 Правил обязательного медицинского страхования.

<sup>5</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<sup>6</sup> Отмечается знаком «V».

<sup>7</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, округ)

в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_

д) населенный пункт \_\_\_\_\_  
(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_

ж) № дома (владение) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_

1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации<sup>1</sup>:

а) вид документа \_\_\_\_\_

б) серия \_\_\_\_\_ в) номер \_\_\_\_\_

г) кем и когда выдан \_\_\_\_\_

1.15. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (пребывание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (число, месяц, год)1.16. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_  
(при наличии)

1.17. Контактная информация:

1.17.1. Телефон (с кодом): \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

1.17.2. Адрес электронной почты \_\_\_\_\_.

## 2. Сведения о представителе застрахованного лица<sup>2</sup>

2.1. Фамилия \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)2.2. Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)2.3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)2.4. Отношение к застрахованному лицу, мать  отец  иное  (нужное отметить знаком "✓")  
сведения о котором указаны в заявлении:

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

2.6. Серия \_\_\_\_\_ 2.7. Номер \_\_\_\_\_

2.8. Дата выдачи \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

2.9. Контактный телефон: код \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Для лиц, указанных в частях 3, 5 и 7 пункта 7 Правил обязательного медицинского страхования.

<sup>2</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

## 3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

\_\_\_\_\_  
Подпись  
застрахованного лица/его  
представителя<sup>1</sup>                      Расшифровка подписи

Дата: \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

Заявление принял: \_\_\_\_\_

(подпись представителя  
страховой медицинской  
организации)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Дата: \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

М.П.

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Нужно подчеркнуть

Приложение № 2  
к Правилам обязательного  
медицинского страхования,  
утвержденным приказом  
Министерства  
здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от «28» декабря 2010 г № 1219Н

Образец

В \_\_\_\_\_  
(наименование территориального фонда  
обязательного медицинского страхования)

Ходатайство

\_\_\_\_\_  
(наименование ходатайствующей организации)

о регистрации в качестве застрахованного лица

Прошу зарегистрировать гражданина \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. или предполагаемые Ф.И.О.<sup>1</sup>)

в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию.

Сведения о застрахованном лице <sup>1</sup>

1. Фамилия <sup>2</sup> \_\_\_\_\_
2. Имя <sup>2</sup> \_\_\_\_\_
3. Отчество <sup>2</sup> \_\_\_\_\_
4. Пол: муж.  жен.  (нужное отметить знаком "V")
5. Дата рождения <sup>3</sup> : \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)
6. Место рождения : \_\_\_\_\_
7. Гражданство: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Со слов гражданина или по другим основаниям

<sup>2</sup> Если Ф.И.О. не установлены, делается запись «неизвестны».

<sup>3</sup> Если дата рождения неизвестна, указывается примерный год рождения.



8. Адрес места пребывания:

а) почтовый индекс 

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

б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, округ)

в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_

д) населенный пункт \_\_\_\_\_  
(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_

ж) № дома (владение) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_

9. Контактная информация<sup>1</sup>:

9.1. Телефон (с кодом): \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

9.2. Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(подпись представителя  
ходатайствующей организации)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

М.П.

<sup>1</sup> Представляется информация о ходатайствующей организации

Приложение № 3  
к Правилам обязательного  
медицинского страхования,  
утвержденным приказом  
Министерства  
здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от «28» декабря 2010 г № 1219Н

Образец

В \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации)

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество заявителя)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче полиса обязательного медицинского страхования  
(выдаче дубликата полиса) или переоформлении полиса <sup>1</sup>

Прошу выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» <sup>2</sup>:

- |  |  |
|--|--|
|  | 1) полис обязательного медицинского страхования;                 |
|  | 2) переоформленный полис обязательного медицинского страхования; |
|  | 3) дубликат полиса обязательного медицинского страхования .      |

- |  |   |
|--|---|
|  | 1) в форме бумажного бланка;                              |
|  | 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем;     |
|  | 3) в составе универсальной электронной карты гражданина . |

в связи с<sup>2</sup>:

- |  |  |
|--|--|
|  | 1) первичным получением полиса обязательного медицинского страхования единого образца; |
|  | 2) изменением фамилии, имени, отчества, пола, даты или места рождения;                 |
|  | 3) установлением неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе;           |
|  | 4) ветхостью и непригодностью полиса;  |

<sup>1</sup> Исправления не допускаются.

<sup>2</sup> Соответствующий пункт отметить знаком «V».


- 5) утратой ранее выданного полиса;  
 б) окончанием срока действия полиса <sup>1</sup>.

## 1. Сведения о застрахованном лице

- 1.1.  Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации<sup>2</sup>
- 1.2. Фамилия \_\_\_\_\_  
 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность<sup>3</sup>)
- 1.3. Имя \_\_\_\_\_  
 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.4. Отчество<sup>4</sup> \_\_\_\_\_  
 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.5. Пол: муж.  жен.  (нужное отметить знаком "V")
- 1.6. Дата рождения: \_\_\_\_\_  
 (число, месяц, год)
- 1.7. Место рождения: \_\_\_\_\_  
 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.8. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_
- 1.9. Серия \_\_\_\_\_ 1.10. Номер \_\_\_\_\_
- 1.11. Дата выдачи \_\_\_\_\_

## 2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных<sup>5</sup>

- 2.1. Фамилия \_\_\_\_\_  
 (указывается в точном соответствии с записью в полисе)
- 2.2. Имя \_\_\_\_\_  
 (указывается в точном соответствии с записью в полисе)
- 2.3. Отчество \_\_\_\_\_  
 (указывается в точном соответствии с записью в полисе)
- 2.4. Пол: муж.  жен.  (нужное отметить знаком "V")
- 2.5. Дата рождения: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Для иностранных граждан и лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации.

<sup>2</sup> В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 1.2.-1.11. не заполняются.

<sup>3</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

<sup>4</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<sup>5</sup> Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

(число, месяц, год)

2.6. Место рождения: \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью с записью в полисе)

### 3. Сведения о представителе застрахованного лица<sup>1</sup>

3.1.  Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации<sup>2</sup>.

3.2. Фамилия \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

3.3. Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

3.4. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

3.5. Отношение к застрахованному лицу, мать  отец  иное  (нужное отметить знаком "V") сведения о котором указаны в заявлении:

3.6. Вид документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_

3.7. Серия \_\_\_\_\_ 3.8. Номер \_\_\_\_\_

3.9. Дата выдачи \_\_\_\_\_

3.10. Контактный телефон: код \_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица/его представителя)<sup>3</sup>

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Заявление принял: \_\_\_\_\_  
(подпись представителя страховой медицинской организации) (расшифровка подписи)

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

М.П.

## Приложение № 4

<sup>1</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<sup>2</sup> В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 3.2.-3.10. заявления не заполняются.

<sup>3</sup> Нужно подчеркнуть.

к Правилам обязательного  
 медицинского страхования,  
 утвержденным приказом  
 Министерства  
 здравоохранения и  
 социального развития  
 Российской Федерации  
 от «28» декабря 2010 г № 1219н

Образец

\_\_\_\_\_ (наименование страховой медицинской организации)

**ВРЕМЕННОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕЕ ОФОРМЛЕНИЕ  
 ПОЛИСА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

" \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№ 0000000000000000

По настоящему временному свидетельству

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество застрахованного лица,

\_\_\_\_\_ (дата рождения, вид документа, удостоверяющего личность,

\_\_\_\_\_ (серия и номер документа, удостоверяющего личность, дата выдачи)

Место рождения: \_\_\_\_\_

Пол: муж.  жен.  (нужное отметить знаком "V")

имеет право получать медицинскую помощь в соответствии с Федеральным  
 законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской  
 Федерации» до « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись застрахованного лица \_\_\_\_\_

Подпись представителя страховой медицинской организации \_\_\_\_\_

М.П.

Приложение № 5  
к Правилам обязательного  
медицинского страхования,  
утвержденным приказом  
Министерства  
здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от «28» декабря 2010 г № 1219н

Образец

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель  
страховой медицинской  
организации

\_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

М. П.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Акт № \_\_\_\_\_

списания и уничтожения полисов обязательного страхования и временных  
свидетельств, признанных недействительными за 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации)

Комиссия по списанию полисов обязательного медицинского страхования  
и временных свидетельств в составе:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, должность работника страховой медицинской организации)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, должность работника страховой медицинской организации)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, должность работника территориального фонда обязательного  
медицинского страхования)

составила настоящий акт о том, что в отчетном месяце \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

	№	Бумажные	Электронные	Временные

	стр.	полисы (штук)	полисы (штук)	свидетельства (штук)
1	2	3	4	5
Признано недействительными, всего	1			
Списано и уничтожено	2			

Члены комиссии:

1. \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

2. \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

3. \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

Акт получил \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество и подпись представителя территориального фонда  
обязательного медицинского страхования)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
М.П.  
страховой медицинской организации

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
М.П.  
территориального фонда  
обязательного медицинского страхования

**СОГЛАСОВАНО**

Директор территориального  
фонда обязательного  
медицинского страхования

\_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

М. П.  
" \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

к Правилам обязательного  
медицинского страхования,  
утвержденным приказом  
Министерства  
здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от «28» декабря 2010 г № 1219н

Образец

Директору \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (наименование территориального фонда)

от \_\_\_\_\_  
(должность и фамилия, имя, отчество  
руководителя страховой медицинской  
организации)

### Уведомление

об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования

Прошу включить \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации)

в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в  
сфере обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_ .  
(наименование субъекта Российской Федерации)

Сведения о страховой медицинской организации для включения в реестр  
страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере  
обязательного медицинского страхования.

Реестровый номер	1	
Полное наименование страховой медицинской организации	2	
Полное наименование филиала страховой медицинской организации	2.1	
Краткое наименование страховой медицинской организации	3	
Адрес (место) нахождения страховой медицинской организации	4	
Адрес (место) нахождения филиала страховой медицинской организации	4.1	
Код причины постановки на учет налогоплательщика	5	



страховой медицинской организации		
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	6	
Организационно-правовая форма страховой медицинской организации	7	
Фамилия, имя, отчество, № телефона, факса руководителя, адрес электронной почты	8	
Фамилия, имя, отчество, № телефона, факса руководителя филиала, адрес электронной почты	8.1	
№, дата выдачи, дата окончания действия лицензии	9	
Численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации	10	

Копия лицензии прилагается.

С условиями деятельности в сфере обязательного медицинского страхования ознакомлен.

Руководитель страховой медицинской организации

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Приложение № 7  
к Правилам обязательного  
медицинского страхования,  
утвержденным приказом  
Министерства  
здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от «28» декабря 2010 г № 1219н

Образец

Директору \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (наименование территориального фонда)

от \_\_\_\_\_  
(должность и фамилия, имя, отчество  
руководителя страховой медицинской  
организации)

### Заявление

об исключении из реестра страховых медицинских организаций,  
осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского  
страхования \_\_\_\_\_  
(наименование субъекта Российской Федерации)

Прошу исключить \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации)

из реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность  
в сфере обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_  
(наименование субъекта Российской Федерации)

с \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

по причине \_\_\_\_\_

Руководитель страховой медицинской организации

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ (дата заявления)

Приложение № 8  
к Правилам обязательного  
медицинского страхования,  
утвержденным приказом  
Министерства  
здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от «28» декабря 2010 г № 1219н

Образец

Директору \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального фонда)

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество руководителя медицинской организации,

\_\_\_\_\_  
наименование медицинской организации

(реестровый номер \_\_\_\_\_)

Уведомление  
об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского  
страхования

Прошу включить \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере  
обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_.  
(наименование субъекта Российской Федерации)

Сведения о медицинской организации для включения в реестр  
медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере  
обязательного медицинского страхования.

Реестровый номер	1	
Полное наименование медицинской организации	2	
Краткое наименование медицинской организации	3	
Адрес (место) нахождения медицинской организации	4	

Код причины постановки на учет налогоплательщика	5	
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	6	
Организационно-правовая форма медицинской организации	7	
ФИО, № телефона, факса руководителя , адрес электронной почты	8	
№, дата выдачи, дата окончания действия разрешения на медицинскую деятельность	9	
Виды медицинской помощи, подлежащие оплате за счет средств обязательного медицинского страхования	10	

Копия разрешения на медицинскую деятельность прилагается.

С условиями осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования ознакомлен.

Руководитель медицинской  
организации

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

М.П.

\_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

Приложение № 9  
к Правилам обязательного  
медицинского страхования,  
утвержденным приказом  
Министерства  
здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от «28» декабря 2010 г № 1219Н

Образец

АКТ № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

сверки расчетов по договору о финансовом обеспечении обязательного  
медицинского страхования  
по состоянию на \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года  
(месяц)

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального фонда  
обязательного медицинского страхования)

\_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации)

(руб.)

№ п/п	Наименование показателя	По данным страховой медицинской организации	По данным территориального фонда обязательного медицинского страхования
1.	Задолженность по оплате на начало отчетного месяца всего, в том числе:		
1.1.	по оплате медицинской помощи		
1.2.	по расходам на ведение дела		
2.	Общая сумма средств по заявкам на получение средств на оплату медицинской помощи		
3.	Перечисленная сумма средств на оплату медицинской помощи всего, в том числе:		
3.1.	из средств нормированного страхового запаса		
3.2.	по подушевым нормативам		
4.	Общая сумма средств на расходы на ведение дела		
5.	Перечисленная сумма средств на расходы на ведение дела		

6.	Задолженность по оплате на конец отчетного месяца всего, в том числе:		
6.1.	по оплате медицинской помощи		
6.2.	по расходам на ведение дела		
7.	Объем средств, подлежащих возврату страховой медицинской организацией всего, в том числе		
7.1.	по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи		
7.2.	средства, поступившие от юридических и физических лиц, ответственных за причинение вреда здоровью застрахованных лиц		

Директор территориального фонда  
обязательного медицинского страхования

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

М.П.

Директор страховой медицинской  
организации

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

М.П.

Приложение № 10  
к Правилам обязательного  
медицинского страхования,  
утвержденным приказом  
Министерства  
здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от «28» декабря 2010 г № 1219н

Образец

В \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации)

ЗАЯВКА НА АВАНСИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ № \_\_\_\_\_

на \_\_\_\_\_  
(месяц, год)

от \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

в объеме \_\_\_\_\_  
(сумма прописью)

Руководитель  
медицинской организации \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер медицинской  
организации \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.  
Дата составления заявки: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Дата принятия заявки: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Исполнитель \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи) (телефон)

Приложение № 11  
к Правилам обязательного медицинского  
страхования, утвержденным приказом  
Министерства здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от «28» декабря 2010 г № 1219н

Образец

## Реестр счетов

\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в \_\_\_\_\_

(наименование страховой медицинской организации)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Пол	Дата рождения	Место рождения	Гражданство	Данные документа, удостоверяющего личность	Место жительства	Место регистрации	СНИЛС	№ полиса обязательного медицинского страхования	Статус застрахованного (работующий/неработующий)	Вид оказанной медицинской помощи	Сроки оказания медицинской помощи	Объемы оказанной медицинской помощи	Стоимость оказанной медицинской помощи	Диагноз	Специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь	Результат обращения за медицинской помощью
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Руководитель медицинской  
организации \_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи)

М.П.

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи)



Исполнитель \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

Дата \_\_\_\_\_ .

Приложение № 12  
к Правилам обязательного  
медицинского страхования,  
утвержденным приказом  
Министерства здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от «28» декабря 2010 г № 1219н

Образец

Перечень  
санкций, применяемых к медицинским организациям

№ п/п	Перечень дефектов, нарушений	Санкции	
		Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения	Размер штрафа
<b>Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц</b>			
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе		
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно

			застрахованное лицо в год
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе		
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания	возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания -	пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год,
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе		
1.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания	возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения,	пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского

		возникновения нового заболевания -	страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год,
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом
1.5.	Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, формуляр лечения стационарного больного, согласованный и утвержденный в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом
<b>Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованных лиц</b>			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации, в том числе		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.2.	об условия оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, в том числе сроков ожидания медицинской помощи	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно

			застрахованное лицо на год
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы

			обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации, в том числе		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.2.	об условия оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, в том числе сроков ожидания медицинской помощи	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год

2.4.6.	перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с пятидесяти процентной скидкой со свободных цен	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
<b>Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи</b>			
3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц)	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи	-
3.2.3.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение	

	установленном порядке)	застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий		
3.3.1.	приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи	-
3.3.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего	



		заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.5.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения)	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай первичного и повторного оказания медицинской помощи	-
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.9.	Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи	-
3.10.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях	сто процентов стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	-
3.11.	Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

	пациента и/или приводящее к удорожанию лечения		
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством	-	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
<b>Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации</b>			
4.1	Непредоставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
4.2.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи)	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
4.3.	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства письменного согласия на лечение в установленных законодательством Российской	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

	Федерации случаях		
4.4.	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
4.6.1.	включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
4.6.2.	несоответствие сроков лечения согласно первичной медицинской документации застрахованного лица срокам, указанным в реестре счета	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, не подтвержденный первичной медицинской документацией	-
<b>Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов</b>			
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме представленной медицинской помощи по реестру счетов	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов	сто процентов стоимости за	-

		каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:		
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе:		

5.3.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.3.2.	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.3.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь, в том числе:		
5.4.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.4.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе:		
5.5.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.5.2.	представление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.5.3.	представление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

	адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов)		
5.6.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи, в том числе		
5.7.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, который был оплачен ранее)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре	сто процентов стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	-
5.7.3.	стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенных в реестр счетов необоснованно	-
5.7.4.	стоимость услуги включена в норматив финансирования обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.7.5.	включения в реестр счетов следующих видов медицинской помощи, в том числе: амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно	-

	пациенто - дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационар (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях)		
5.7.6.	включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно	-



Приложение № 13  
к Правилам обязательного  
медицинского  
страхования,  
утвержденным приказом  
Министерства  
здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от «28» декабря 2010 г № 1219н

Образец

АКТ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
сверки расчетов по договору на оказание и оплату медицинской помощи по  
обязательному медицинскому страхованию

по состоянию на \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
(месяц)

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_ (наименование страховой медицинской организации)

(руб.)

№ п/п	Наименование показателя	По данным медицинской организации	По данным страховой медицинской организации
1.	Задолженность 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 объема, сроков и качества, в том числе:		
3.1.	по результатам актов медико-экономического контроля		
3.2.	по результатам актов медико-экономической экспертизы		
3.3.	по результатам актов экспертизы качества медицинской помощи		
4.	Перечисленная сумма средств		
5.	Задолженность по оплате медицинской помощи на конец отчетного месяца		

Директор территориального фонда  
обязательного медицинского страхования

\_\_\_\_\_  
(подпись)                      \_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

\_\_\_\_\_  
(подпись)                      \_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

М.П.

Директор страховой медицинской  
организации

\_\_\_\_\_  
(подпись)                      \_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

\_\_\_\_\_  
(подпись)                      \_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

М.П.

Приложение № 14  
к Правилам обязательного  
медицинского страхования,  
утвержденным приказом  
Министерства здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от «28» декабря 2010 г № 1219н

Образец

Реестр счета № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации и код ОГРН)

за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования

№ позиции реестра	Фамилия, имя, отчество	Пол	Дата рождения	Место рождения	№ полиса обязательного медицинского страхования	Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Код вида оказанной медицинской помощи	Код профиля оказанной медицинской помощи	Код специальности медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь	Код заболевания (состояния) с указанием подрубрики (по МКБ-10)	Объемы оказанной медицинской помощи	Стоимость оказанной медицинской помощи	Код результата обращения за медицинской помощью
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Руководитель медицинской  
организации \_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи)

М.П.

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи)

Исполнитель \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

Дата \_\_\_\_\_ .

Приложение № 15  
к Правилам обязательного медицинского страхования,  
утвержденным приказом Министерства здравоохранения и  
социального развития Российской Федерации  
от «28» декабря 2010 г № 1219н

Образец

Реестр счета № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
на оплату медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях

\_\_\_\_\_ (наименование субъекта Российской Федерации)

лицам, застрахованным на территории \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование субъекта Российской Федерации)

за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Вид информации: 0 - основная, 1 - исправленная (нужное указать)

№ позиции реестра	Фамилия, имя, отчество	Пол	Дата рождения	Место рождения	№ полиса обязательного медицинского страхования	Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Код вида оказанной медицинской помощи	Код профиля, оказанной медицинской помощи	Код специальности медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь	Код заболевания (состояния) с указанием подрубрики (по МКБ-10)	Объемы оказанной медицинской помощи	Стоимость оказанной медицинской помощи	Код результата обращения за медицинской помощью
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Руководитель медицинской  
организации \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

М.П.  
Исполнитель \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

Дата \_\_\_\_\_ .

Приложение № 16  
к Правилам обязательного медицинского  
страхования, утвержденным приказом  
Министерства здравоохранения и  
социального развития Российской  
Федерации  
от «28» декабря 2010 г № 1219н

Образец

«УТВЕРЖДАЮ»  
Директор

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального  
фонда обязательного медицинского страхования по месту  
страхования)

\_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)  
« \_\_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ года

АКТ № \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
о причинах, требующих дополнительного рассмотрения  
по счету № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, полученному

от \_\_\_\_\_  
(наименование территориального фонда по месту оказания медицинской помощи)

Мы, нижеподписавшиеся,

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество руководителя подразделения территориального фонда обязательного  
медицинского страхования по месту страхования)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество специалиста подразделения территориального фонда обязательного  
медицинского страхования о месту страхования)

на основании проведенного медико-экономического контроля реестра счета,  
представленного

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования по  
месту оказания медицинской помощи)

составили настоящий Акт о том, что дополнительного рассмотрения требуют  
следующие позиции реестра:

№ позиции реестра	Номер полиса обязательного медицинского страхования	Сумма по реестру (руб.)	Сумма, не принятая к оплате (руб.)	Код дефекта, нарушения

	Итого:			

Руководитель подразделения  
территориального фонда \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

Специалист подразделения  
территориального фонда \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

Приложение № 17  
к Правилам обязательного медицинского  
страхования, утвержденным приказом  
Министерства здравоохранения и  
социального развития Российской  
Федерации  
от «28» декабря 2010 г № 1219н

Образец

**«УТВЕРЖДАЮ»**  
Директор

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального  
фонда обязательного медицинского страхования по месту  
оказания медицинской помощи)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
« \_\_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ года

**АКТ**  
о суммах, не принятых к оплате

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального фонда по месту страхования)

по счету № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. № \_\_\_\_\_

Мы, нижеподписавшиеся,

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество руководителя подразделения территориального фонда обязательного  
медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество специалиста подразделения территориального фонда обязательного медицинского  
страхования по месту оказания медицинской помощи)

на основании актов о причинах, требующих дополнительного рассмотрения,  
полученных от

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту страхования)

составили настоящий Акт о том, что сумма, не принятая к оплате,  
составляет:

№ позиции	Номер полиса обязательного	Сумма по реестру	Сумма не принятая к	Код дефекта, нарушения
-----------	----------------------------	------------------	---------------------	------------------------



реестра	медицинского страхования	(руб.)	оплате (руб.)	
	Итого:			

Руководитель подразделения  
территориального фонда \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

Специалист подразделения  
территориального фонда \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)



Директор территориального фонда  
обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Директор страховой медицинской  
организации \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

## Примечания:

1. В графах 1, 2 Акта указываются номера, даты, суммы счетов территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи, предъявленные территориальному фонду по месту страхования и не оплаченные по состоянию на 1 октября предыдущего отчетного года.
  2. В графах 3, 4, 5, 6 Акта отражаются межтерриториальные расчеты по счетам, предъявленным территориальным фондом обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи территориальному фонду по месту страхования в течение отчетного периода.
  3. В графах 7, 8 Акта указываются номера, даты, суммы счетов территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи, предъявленные территориальному фонду обязательного медицинского страхования по месту страхования и не оплаченные по 30 сентября отчетного года включительно.
  4. В графах 9, 10 Акта указываются номера, даты, суммы счетов территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи, полученные территориальным фондом обязательного медицинского страхования по месту страхования и не оплаченные по состоянию на 1 октября предыдущего отчетного года.
  5. В графах 11, 12, 13, 14 Акта отражаются межтерриториальные расчеты по счетам территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи, полученным территориальным фондом обязательного медицинского страхования по месту страхования в течение отчетного периода.
- В графах 15, 16 Акта указываются номера, даты, суммы счетов территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи, полученные территориальным фондом обязательного медицинского страхования по месту страхования и не оплаченные по 30 сентября отчетного года включительно.













Приложение № 24  
к Правилам обязательного  
медицинского страхования,  
утвержденным приказом  
Министерства здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от «28» декабря 2010 г № 1219н

Образец

## Реестр счетов

(наименование медицинской организации)  
за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
на оплату медицинской помощи застрахованным в \_\_\_\_\_  
( субъект Российской Федерации)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Пол	Дата рождения	Место рождения	Гражданство	Данные документа, удостоверяющего личность	Место жительства	Место регистрации	Дата регистрации	Снилс	№ полиса обязательного медицинского страхования	Наименование СМО	Дата регистрации в качестве застрахованного лица	Статус застрахованного (работающий, неработающий)	Вид оказанной медицинской помощи	Специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь	Объемы оказанной медицинской помощи	Стоимость оказанной медицинской помощи	Результат обращения за медицинской помощью
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_  
(подпись расшифровка подписи)

М.П.

Исполнитель \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Приложение № 25  
к Правилам обязательного  
медицинского страхования,  
утвержденным приказом  
Министерства здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от «28» декабря 2010 г № 1219н

Образец

**АКТ**

сверки счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования								Медицинская организация							
сальдо на начало года		но- мер сче- та, дата	сумма счета, предъяв- лено (руб.)	опла- чено (руб.)	отка- зано (руб.)	сальдо на конец года		сальдо на начало года		но- мер сче- та, да- та	сумма счета, предъяв- лено (руб.)	опла- чено (руб.)	отка- зано (руб.)	сальдо на конец года	
№ и дата счета	сум- ма (руб.)					№ и дата сче- та	сум- ма (руб.)	№ и дата счета	сум- ма (руб.)					№ и дата счета	Сумма (руб.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Итого:															

Директор территориального фонда  
обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

Директор страховой медицинской  
организации

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

М.П.

Примечания:

1. В графах 1, 2 Акта сверки указываются номера, даты, суммы счетов медицинских организаций, предъявленные территориальному фонду обязательного медицинского страхования, в котором выдан полис по состоянию на 1 октября предыдущего отчетного года. В графах 3, 4, 5, 6 отражаются расчеты по счетам, предъявленным медицинскими организациями территориальному фонду обязательного медицинского страхования, в котором выдан полис в течение отчетного периода.
2. В графах 7, 8 Акта указываются номера, даты, суммы счетов медицинских организаций, предъявленные территориальному фонду обязательного медицинского страхования, в котором выдан полис в течение отчетного периода и не оплаченные по 30 сентября отчетного года включительно. В графах 9, 10 Акта указываются номера, даты, суммы счетов медицинских организаций, полученные территориальным фондом обязательного медицинского страхования, в котором выдан полис и не оплаченные по состоянию на 1 октября предыдущего отчетного года.
3. В графах 11, 12, 13, 14 Акта отражаются расчеты по счетам медицинских организаций, полученным территориальным фондом обязательного медицинского страхования, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования в течение отчетного периода. В графах 15, 16 Акта указываются номера, даты, суммы счетов медицинских организаций, полученные территориальным фондом обязательного медицинского страхования, в котором выдан полис и не оплаченные по состоянию на 1 октября отчетного года.