

Зарегистрировано в Минюсте России 3 марта 2011 г. N 19998

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

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

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Список изменяющих документов
(в ред. Приказов Минздравсоцразвития России от 10.08.2011 [N 897н](#),
от 09.09.2011 [N 1036н](#),
Приказов Минздрава России от 22.03.2013 [N 160н](#),
от 21.06.2013 [N 396н](#), от 20.11.2013 [N 859ан](#), от 06.08.2015 [N 536н](#),
от 25.03.2016 [N 192н](#), от 28.06.2016 [N 423н](#), от 28.09.2016 [N 736н](#),
от 27.10.2016 [N 803н](#), от 11.01.2017 [N 2н](#))

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

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

Министр
Т.А.ГОЛИКОВА

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

**ПРАВИЛА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Список изменяющих документов
(в ред. Приказов Минздравсоцразвития России от 10.08.2011 N 897н,
от 09.09.2011 N 1036н,
Приказов Минздрава России от 22.03.2013 N 160н,
от 21.06.2013 N 396н, от 20.11.2013 N 859ан, от 06.08.2015 N 536н,
от 25.03.2016 N 192н, от 28.06.2016 N 423н, от 28.09.2016 N 736н,
от 27.10.2016 N 803н, от 11.01.2017 N 2н)

I. Общие положения

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

<*> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529; N 49, ст. 7047, ст. 7057; 2012, N 31, ст. 4322; N 49, ст. 6758).

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н, Приказа Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

2. Правила устанавливают порядок подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом; единые требования к полису обязательного медицинского страхования; порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования либо временного свидетельства застрахованному лицу; порядок ведения реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования; порядок ведения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования; порядок направления территориальным фондом обязательного медицинского страхования сведений о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве; порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования; порядок утверждения для страховых медицинских организаций дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования; методику расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; порядок оказания видов медицинской помощи, установленных базовой программой обязательного

медицинского страхования, застрахованным лицам за счет средств обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, созданных в соответствии с законодательством Российской Федерации и находящихся за пределами территории Российской Федерации; требования к размещению страховыми медицинскими организациями информации; порядок заключения и исполнения договоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования со страховыми медицинскими организациями в 2011 году; положение о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования согласно [приложению N 1](#) к настоящим Правилам; порядок информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи.

(в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н, [Приказов](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан, от 06.08.2015 N 536н)

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

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

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

(в ред. [Приказов](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н, от 27.10.2016 N 803н)

<*> Далее - территориальный фонд.

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

5. Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной [регистрации](#) рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до

достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем (далее - законные представители).

(п. 5 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 27.10.2016 N 803н)

<*> Сноска исключена. - [Приказ](#) Минздрава России от 27.10.2016 N 803н.

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

(в ред. [Приказов](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н, от 27.10.2016 N 803н)

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

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 27.10.2016 N 803н)

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

место рождения;

гражданство;

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

(в ред. [Приказов](#) Минздрава России от 25.03.2016 N 192н, от 28.06.2016 N 423н)

данные документа, удостоверяющего личность;

место жительства;

место регистрации;

дата регистрации;

контактная информация;

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

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

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

фамилия, имя, отчество (при наличии);

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

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

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

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

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

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

КонсультантПлюс: примечание.

С 1 января 2017 года универсальная электронная карта (УЭК) как обязательный инструмент предоставления государственных и муниципальных услуг отменена Федеральным [законом](#) от 28.12.2016 N 471-ФЗ.

6.1. При подаче [заявления](#) с указанием формы полиса - электронный в составе универсальной электронной карты - застрахованному лицу необходимо не позднее 5 рабочих дней после подачи заявления в страховую медицинскую организацию подать [заявление](#) о выдаче универсальной электронной карты в уполномоченную организацию субъекта Российской Федерации, определенную для обеспечения выпуска, выдачи и обслуживания универсальных электронных карт (далее - уполномоченная организация субъекта Российской Федерации).

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

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

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

6.2. Обращение застрахованного лица в иные организации с [заявлением](#) о выборе (замене) страховой медицинской организации осуществляется исключительно в случае выбора страховой медицинской организации, в

которой он был застрахован ранее. В данном случае временное свидетельство, предусмотренное [пунктом 34](#) настоящих Правил, не выдается.

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

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

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

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

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

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

свидетельство о рождении;

документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;

СНИЛС (при наличии);

(в ред. [Приказов](#) Минздрава России от 25.03.2016 N 192н, от 28.06.2016 N 423н)

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

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

СНИЛС;

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 25.03.2016 N 192н)

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

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

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

ст. 3607; 2006, N 31 (ч. I), ст. 3420; 2007, N 1 (ч. I), ст. 29; 2008, N 30 (ч. II), ст. 3616; 2011, N 1, ст. 29; 2011, N 27, ст. 3880).

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

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

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

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

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

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

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

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

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

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

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

СНИЛС (при наличии);

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

документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;

либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность <*>;

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

СНИЛС (при наличии);

8) для представителя застрахованного лица:

документ, удостоверяющий личность;

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

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

9) для законного представителя застрахованного лица:

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

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

11) для лиц, не идентифицированных в период лечения, медицинской организацией представляется [ходатайство](#) об идентификации застрахованного лица, содержащее:

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

<*> Со слов гражданина или по имеющимся документам.

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

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

9.1. Временно пребывающие на территории Российской Федерации в соответствии с [договором](#) о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г. (далее - договор о ЕАЭС), трудящиеся иностранные граждане государств - членов ЕАЭС (далее - трудящийся государства - члена ЕАЭС), а также работающие на территории Российской Федерации члены Коллегии Евразийской экономической

комиссии (далее - Комиссия), должностные лица (граждане государств - членов ЕАЭС, назначенные на должности директоров департаментов Евразийской экономической комиссии и заместителей директоров департаментов указанной комиссии), сотрудники органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации (граждане государств - членов ЕАЭС на основе заключаемых с ними трудовых договоров (контрактов) и не являющиеся должностными лицами) (далее соответственно - член коллегии Комиссии, должностное лицо, сотрудник органа ЕАЭС), имеют право на выбор или замену страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном настоящей главой. (п. 9.1 введен [Приказом Минздрава России от 27.10.2016 N 803н](#))

9.2. Для выбора или замены страховой медицинской организации иностранный гражданин, указанный в пункте 9.1 Правил, лично либо через своего представителя обращается в выбранную страховую медицинскую организацию или иные организации, уполномоченные субъектом Российской Федерации (далее - иные организации) <1>, с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации, которое должно содержать следующие сведения о застрахованном лице:

<1> [Часть 5 статьи 16](#) Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2012, N 49, ст. 6758; 2013, N 48, ст. 6165; 2016, N 27, ст. 4219).

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

место рождения;

гражданство;

СНИЛС;

данные паспорта иностранного гражданина либо иного документа, установленного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

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

данные о месте пребывания с указанием срока пребывания;

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

контактная информация;

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

(п. 9.2 введен [Приказом Минздрава России от 27.10.2016 N 803н](#))

9.3. К заявлению о выборе (замене) страховой медицинской организации иностранные граждане, указанные в [пункте 9.1](#) Правил, представляют следующие документы или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица:

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

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

СНИЛС;

трудовой договор трудящегося государства - члена ЕАЭС;

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

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

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

СНИЛС;

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

(п. 9.3 введен [Приказом](#) Минздрава России от 27.10.2016 N 803н)

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

(п. 10 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 06.08.2015 N 536н)

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

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

13. Сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, ежемесячно до 10-го числа направляются

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

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

<*> Далее - договор о финансовом обеспечении.

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

14. Страховые медицинские организации:

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

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

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

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

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

16. В соответствии с [пунктом 4 части 2 статьи 16](#) Федерального закона в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, застрахованное лицо осуществляет выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца.

17. При досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования по инициативе страховой медицинской организации за три месяца до даты расторжения указанного договора страховая медицинская организация обязана уведомить

территориальный фонд и застрахованных лиц о намерении расторгнуть договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования <*>.

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

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

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

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

III. Единые требования к полису обязательного медицинского страхования

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

КонсультантПлюс: примечание.

С 1 января 2017 года универсальная электронная карта (УЭК) как обязательный инструмент предоставления государственных и муниципальных услуг отменена Федеральным [законом](#) от 28.12.2016 N 471-ФЗ.

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

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

<*> [Собрание законодательства Российской Федерации](#), 2010, N 31, ст.

4179.

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

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

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

3) бланки бумажного и электронного полиса должны быть отпечатаны с двух сторон и иметь защитный комплекс, применяемый для защиты от подделок и внесения изменений/искажений графических элементов и персональных данных застрахованного лица, размещенных на нем.

23. К бумажному полису предъявляются следующие требования:

1) бумажный полис представляет собой лист формата А5;

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

номер полиса;

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

срок действия полиса;

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

номер полиса;

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

место рождения;

срок действия полиса;

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

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

дата регистрации застрахованного лица в страховой медицинской организации;

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

5) оборотная сторона бумажного полиса должна обеспечивать возможность размещения сведений не менее чем о десяти случаях замены

застрахованным лицом страховой медицинской организации.

24. К визуальным сведениям электронного полиса предъявляются следующие требования:

1) лицевая сторона содержит:

номер полиса;

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

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

срок действия полиса;

подпись застрахованного лица;

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

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

26. К электронному страховому приложению предъявляются следующие требования:

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

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

3) наличие неизменяемых данных:

номер полиса;

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

место рождения;

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

(в ред. Приказов Минздрава России от 25.03.2016 [N 192н](#), от 28.06.2016 [N 423н](#))

срок действия полиса;

4) состав изменяемых (дополняемых) данных:

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

код субъекта Российской Федерации, на территории которого застрахован гражданин, по Общероссийскому [классификатору](#) объектов административно-территориального деления (далее - ОКАТО);

дата регистрации застрахованного лица в страховой медицинской организации.

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

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

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

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

30. В соответствии с [частью 2 статьи 51](#) Федерального закона полисы, выданные лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию до дня вступления в силу Федерального [закона](#), являются действующими до замены их на полисы единого образца, в том числе в форме универсальной электронной карты. С 1 мая 2011 года выдача полисов застрахованным лицам осуществляется в соответствии с настоящей главой Правил.

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

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

(п. 31 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 27.10.2016 N 803н)

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

(п. 31.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 27.10.2016 N 803н)

32. Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным [законом](#) "О беженцах", выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока пребывания, установленного в документах, указанных в [подпункте 3 пункта 9](#) Правил.

(п. 32 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 27.10.2016 N 803н)

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

(п. 33 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 27.10.2016 N 803н)

33.1. Временно пребывающим в Российской Федерации трудящимся государств - членом ЕАЭС выдается бумажный полис со сроком действия до

конца календарного года, но не более срока действия трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС.

(п. 33.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 27.10.2016 N 803н)

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

(п. 33.2 введен [Приказом](#) Минздрава России от 27.10.2016 N 803н)

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

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

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

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

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

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

3) дату рождения застрахованного лица;

4) место рождения застрахованного лица;

5) пол застрахованного лица;

6) сведения о документе, удостоверяющем личность застрахованного лица, с указанием вида, серии, номера, кем выдан и даты выдачи;

7) номер и дату выдачи временного свидетельства;

8) срок действия временного свидетельства;

9) подпись застрахованного лица;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

КонсультантПлюс: примечание.

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

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

45. Общий срок с момента подачи застрахованным лицом **заявления** о

выборе (замене) страховой медицинской организации до направления территориальным фондом заявки в Федеральный фонд не должен превышать десяти рабочих дней.

46. Перечень сведений, включаемых в заявку, должен соответствовать единым требованиям к полису, предусмотренным [главой III](#) настоящих Правил.

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

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

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

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

51. Федеральный фонд и территориальные фонды организуют информирование застрахованных об изготовленных полисах через официальные сайты территориальных фондов в сети "Интернет".
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

52. Застрахованные лица обязаны уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли <*>. В случаях изменения фамилии, имени, отчества осуществляется переоформление полиса.
(в ред. [Приказов](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н, от 25.03.2016 N 192н)

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

53. Переоформление полиса осуществляется также в случаях:

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

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

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

- 1) ветхости и непригодности полиса для дальнейшего использования (утрата частей документа, разрывы, частичное или полное выцветание текста,

механическое повреждение пластиковой карты с электронным носителем и другие);

2) утери полиса.

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

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

(в ред. **Приказа** Минздрава России от 27.10.2016 N 803н)

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

место рождения;

гражданство;

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

(в ред. **Приказов** Минздрава России от 25.03.2016 N 192н, от 28.06.2016 N 423н)

данные документа, удостоверяющего личность;

место жительства;

место регистрации;

дата регистрации;

контактная информация;

категория застрахованного лица в соответствии со **статьей 10** Федерального закона;

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

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

фамилия, имя, отчество (при наличии);

отношение к застрахованному лицу;

данные документа, удостоверяющего личность;

контактная информация;

3) наименование страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

65. Страховые медицинские организации обязаны ознакомить застрахованных лиц, получающих полис, с настоящими Правилами, базовой программой обязательного медицинского страхования (далее - базовая

программа), территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее - территориальная программа), перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации. Одновременно с полисом застрахованному лицу страховая медицинская организация предоставляет информацию о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, о порядке информационного сопровождения на всех этапах оказания им медицинской помощи, контактные телефоны территориального фонда и страховой медицинской организации, выдавшей полис, которая может доводиться до застрахованных лиц в виде памятки.
(в ред. Приказа Минздрава России от 25.03.2016 N 192н)

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

67. Бланки временных свидетельств учитываются как бланки строгой отчетности.

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

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

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

70. Ведение реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации (далее - реестр страховых медицинских организаций) осуществляется территориальным фондом по форме согласно **приложению N 2** к настоящим Правилам.
(в ред. Приказа Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

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

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

соответствии с [пунктом 9 части 8 статьи 33](#) Федерального закона.

72. Реестр страховых медицинских организаций содержит следующие сведения:

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

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

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

4) идентификационный номер налогоплательщика (далее - ИНН);

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

6) организационно-правовая форма страховой медицинской организации;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Уведомление должно содержать следующую информацию:

- 1) полное и краткое наименование страховой медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ;
- 2) полное наименование филиала страховой медицинской организации (при наличии);
- 3) адрес (место) нахождения страховой медицинской организации;
- 4) адрес (место) нахождения филиала страховой медицинской организации;
- 5) КПП;
- 6) ИНН;
- 7) организационно-правовая форма страховой медицинской организации;
- 8) фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты;
- 9) фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя филиала, адрес электронной почты;
- 10) сведения о лицензии (номер, дата выдачи, дата окончания действия);
- 11) численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на дату подачи уведомления.

74. Территориальный фонд проверяет представленное страховой медицинской организацией **уведомление** на наличие сведений, предусмотренных **пунктом 73** настоящих Правил.

75. В случае направления уведомления в электронном виде страховая медицинская организация в течение семи рабочих дней с даты его направления представляет в территориальный фонд копии документов, заверенные подписью руководителя страховой медицинской организации и печатью страховой медицинской организации, подтверждающие сведения, указанные в **пункте 73** настоящих Правил. При представлении уведомления на бумажном носителе, одновременно представляются копии данных документов.

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

(п. 76 в ред. **Приказа** Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

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

78. При выявлении несоответствия сведений представленным в

уведомлении в соответствии с [пунктом 72](#) настоящих Правил документам, страховой медицинской организации предлагается внести уточнения в уведомление с учетом срока, установленного [частью 10 статьи 14](#) Федерального закона.

79. В случае изменения сведений о страховой медицинской организации, предусмотренных [подпунктами 3, 4, 5, 8, 9 пункта 72](#) настоящих Правил, страховая медицинская организация в течение двух рабочих дней с даты этих изменений направляет в территориальный фонд в письменной форме новые сведения для актуализации реестра страховых медицинских организаций.

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

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

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

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

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

(п. 84 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 28.09.2016 N 736н)

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

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

87. Федеральный фонд обеспечивает контроль за соблюдением порядка включения (исключения) страховых медицинских организаций в реестр

страховых медицинских организаций и мониторинг их деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

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

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

(в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н, [Приказа](#) Минздрава России от 06.08.2015 N 536н)

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

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

90. Ведение единого реестра медицинских организаций осуществляется Федеральным фондом.

91. Реестр медицинских организаций содержит следующие сведения:

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

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

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

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

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 06.08.2015 N 536н)

4) КПП;

5) ИНН;

6) организационно-правовая форма медицинской организации;

7) адрес (место) нахождения медицинской организации;

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

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 06.08.2015 N 536н)

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

8.1) номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность;
(в ред. Приказа Минздрава России от 06.08.2015 N 536н)

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

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

11) дата включения медицинской организации в реестр медицинских организаций;

12) дата исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций;

13) причина исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций.

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

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

Уведомление содержит следующие сведения:

1) полное наименование медицинской организации;

1.1) фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность;
(в ред. Приказа Минздрава России от 06.08.2015 N 536н)

2) краткое наименование медицинской организации;

3) адрес (место) нахождения медицинской организации;

3.1) адрес (место) нахождения индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность;
(в ред. Приказа Минздрава России от 06.08.2015 N 536н)

4) КПП;

5) ИНН;

6) организационно-правовая форма медицинской организации;

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

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

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 06.08.2015 N 536н)

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

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

10) мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей;

(пп. 10 введен [Приказом](#) Минздрава России от 25.03.2016 N 192н)

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

(пп. 11 введен [Приказом](#) Минздрава России от 25.03.2016 N 192н)

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

(пп. 12 введен [Приказом](#) Минздрава России от 25.03.2016 N 192н)

13) численность прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп);

(пп. 13 введен [Приказом](#) Минздрава России от 25.03.2016 N 192н)

14) предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям в разрезе профилей, врачей-специалистов, количеству вызовов скорой медицинской помощи, КСГ/КПГ по детскому и взрослому населению.

(пп. 14 введен [Приказом](#) Минздрава России от 25.03.2016 N 192н)

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

(абзац введен [Приказом](#) Минздрава России от 06.08.2015 N 536н)

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

<*> [Часть 2 статьи 15](#) Федерального закона.

94. В случае направления уведомления в электронном виде медицинская организация в течение семи рабочих дней с даты направления уведомления

представляет в территориальный фонд копии документов, заверенные подписью руководителя медицинской организации и печатью медицинской организации, подтверждающие сведения, указанные в [пункте 92](#) настоящих Правил. При представлении уведомления на бумажном носителе одновременно представляются копии данных документов.

95. В день получения документов согласно [пункту 94](#) настоящих Правил территориальный фонд осуществляет проверку их на соответствие сведениям, предусмотренным [пунктом 92](#) настоящих Правил, при установлении соответствия данных вносит медицинскую организацию в реестр медицинских организаций и присваивает реестровый номер. Представитель медицинской организации вправе присутствовать при проверке соответствия документов и сведений, указанных в уведомлении.

(п. 95 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

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

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

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

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

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

<*> [Часть 4 статьи 15](#) Федерального закона.

101. Исключение медицинских организаций из реестра медицинских организаций в случаях, указанных в [пункте 100](#) настоящих Правил,

производится в течение одного рабочего дня с даты получения территориальным фондом указанных сведений.

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

102. Территориальный фонд размещает на своем официальном сайте в сети "Интернет" сведения, предусмотренные подпунктами 2, 3, 3.1, 6, 7, 7.1, 8, 8.1, 9, 10 пункта 91 настоящих Правил, о медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, и сведения, предусмотренные подпунктами 2, 3, 3.1, 6, 7, 7.1, 8, 8.1, 9, 10, 11 пункта 91 настоящих Правил о медицинских организациях, исключенных из реестра медицинских организаций.

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

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

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

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

106. Сведения о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве <*> направляются не позднее десяти дней со дня принятия решения территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации территориальным фондам в порядке, установленном Фондом социального страхования Российской Федерации по согласованию с Федеральным фондом <***>.

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

<*> Далее - решение.

<***> Часть 2 статьи 32 Федерального закона.

107. Территориальный фонд в течение трех рабочих дней со дня получения сведений, предусмотренных пунктом 106 настоящих Правил, от территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования идентифицирует застрахованных лиц, указанных в сведениях, и передает в

течение пяти рабочих дней с даты получения сведений соответствующим страховым медицинским организациям и (или) другим территориальным фондам следующие сведения о застрахованных лицах, в отношении которых территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации принято решение:

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

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

КонсультантПлюс: примечание.

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

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

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

VIII. Порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

110. В соответствии с [частью 6 статьи 39](#) Федерального закона оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на

основании представленных медицинской организацией **реестров** счетов и **счетов** на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы (далее - Комиссии), по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком, установленным настоящими Правилами.

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

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

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

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

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

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

(п. 112 в ред. **Приказа** Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

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

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

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

- 7) размер средств для оплаты медицинской помощи в пределах остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие

периоды (заполняется в случае недостатка средств, поступивших по дифференцированным подушевым нормативам);

8) дату составления заявки.

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

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

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

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

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

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

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

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

установленные договором о финансовом обеспечении.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

к - количество страховых медицинских организаций.

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

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

С - среднедушевой норматив финансирования страховых медицинских организаций;

Ч - среднемесячная численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации.

(в ред. Приказа Минздрава России от 06.08.2015 N 536н)

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

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

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

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

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

Акт должен содержать следующие сведения:

- 1) наименование территориального фонда;
- 2) наименование страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации);
- 3) дата, по состоянию на которую производится сверка расчетов;
- 4) остаток целевых средств в страховой медицинской организации на начало отчетного периода;
- 5) объем поступивших целевых средств всего, в том числе:
 - а) по дифференцированным подушевым нормативам;
 - б) за счет остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды;
 - в) из средств нормированного страхового запаса;

г) - д) утратили силу. - [Приказ](#) Минздрава России от 25.03.2016 N 192н;
б) объем поступивших средств, предназначенных на расходы на ведение дела страховой медицинской организации;

7) средства, полученные от применения к медицинским организациям санкций за нарушения согласно [пункту 127.2](#) настоящих Правил, в том числе:

а) по результатам медико-экономического контроля;

б) по результатам медико-экономической экспертизы;

в) по результатам экспертизы качества медицинской помощи;

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

(пп. 7 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 25.03.2016 N 192н)

7.1) средства, направленные в территориальный фонд в соответствии с [пунктом 2 части 6.3 статьи 26](#) Федерального закона, в том числе:

а) по результатам проведения медико-экономического контроля;

б) по результатам проведения медико-экономической экспертизы;

в) по результатам проведения экспертизы качества медицинской помощи;

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

(пп. 7.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 25.03.2016 N 192н)

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

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

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

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

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

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

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

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

11) остаток средств, возвращенный в территориальный фонд;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5) территориальную доступность отдельных видов медицинской помощи;

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

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

8) права пациента на выбор медицинской организации и врача;
9) возможность достижения оптимальной медицинской, экономической и социальной эффективности использования материально-технических и финансовых ресурсов;

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

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

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

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

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

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

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

1) [заявку](#) на авансирование медицинской помощи, с указанием периода авансирования и суммы;

2) счет на оплату медицинской помощи и [реестр](#) счетов.

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

Реестр счетов должен содержать следующие сведения:

1) наименование медицинской организации;

2) ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ;

3) период, за который выставлен счет;

4) номер позиции реестра;

5) сведения о застрахованном лице:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата и место рождения;

данные документа, удостоверяющего личность;

абзац исключен. - [Приказ](#) Минздрава России от 28.06.2016 N 423н;

номер полиса;

6) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:

вид оказанной медицинской помощи (код);

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

дату начала и дату окончания лечения;

объемы оказанной медицинской помощи;

профиль оказанной медицинской помощи (код);

специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);

тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу;

стоимость оказанной медицинской помощи;

результат обращения за медицинской помощью (код).

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

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

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

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

127. С учетом представленных реестров счетов страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с Приказом Федерального фонда от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 января 2011 года, регистрационный N 19614) (далее - порядок организации и проведения контроля).

(в ред. Приказа Минздрава России от 06.08.2015 N 536н)

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

(п. 127.1 введен Приказом Минздрава России от 06.08.2015 N 536н)

127.2. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в

страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля.

(п. 127.2 введен [Приказом](#) Минздрава России от 06.08.2015 N 536н)

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

$$C = H + C_{\text{шт}},$$

где:

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

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

(п. 127.3 введен [Приказом](#) Минздрава России от 06.08.2015 N 536н)

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

$$H = PT \times K_{\text{но}},$$

где:

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

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

Размер К _{но}	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,1	3.1 ; 3.2.1 ; 4.2 ; 4.3
0,3	3.2.2 ; 3.12 ; 3.13
0,4	3.2.3 ; 3.3.2
0,5	1.5 ; 3.4 ; 3.5
0,6	3.8
0,7	3.7
0,8	3.6
(в ред. Приказа Минздрава России от 25.03.2016 N 192н)	
0,9	3.2.4 ; 3.11 ; 3.14 ; 4.4
1,0	1.4 ; 3.2.5 ; 3.10 ; 4.1 ; 4.5 ; 4.6 ; раздел 5

(п. 127.4 введен [Приказом](#) Минздрава России от 06.08.2015 N 536н)

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

$$C_{шт} = РП \times K_{шт},$$

где:

РП - размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи;

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с [Перечнем](#) оснований:

Размер $K_{шт}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,3	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 3.7; 3.13
0,5	1.5; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6
1,0	1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.11; 3.14; 4.6
3,0	1.2.2; 1.3.2; 3.2.5

(п. 127.5 введен [Приказом](#) Минздрава России от 06.08.2015 N 536н)

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

(п. 128 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 25.03.2016 N 192н)

129. При превышении в отчетном месяце объема средств, направленных в медицинскую организацию в соответствии с [заявкой](#) на авансирование медицинской помощи, над суммой счета на оплату медицинской помощи, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в следующем месяце размер заявки на авансирование медицинской помощи уменьшается на сумму средств указанного превышения, за исключением случаев, установленных [частью 6 статьи 38](#) Федерального закона, связанных с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту.

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

Размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и штрафов, исчисленных и установленных в соответствии с [частью 2 статьи 41](#) Федерального закона, устанавливаются в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии с [частью 2 статьи 30](#) Федерального закона.

(абзац введен [Приказом](#) Минздрава России от 25.03.2016 N 192н)

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

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

130.2. В соответствии с [частью 9 статьи 39](#) Федерального закона за использование не по целевому назначению медицинской организацией

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

(п. 130.2 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

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

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

131.1. Территориальный фонд направляет в страховые медицинские организации и медицинские организации средства нормированного страхового запаса в порядке, установленном [Приказом](#) Федерального фонда от 1 декабря 2010 г. N 227 "О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования".

(п. 131.1 введен [Приказом](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н; в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 25.03.2016 N 192н)

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

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

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

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

3) сумма средств, сформированная за нарушения, выявленные по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе:

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 25.03.2016 N 192н)

- по результатам медико-экономического контроля;
- по результатам медико-экономической экспертизы;
- по результатам экспертизы качества медицинской помощи;

3.1) сумма средств, удержанных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе:

- по результатам медико-экономического контроля;
- по результатам медико-экономической экспертизы;
- по результатам экспертизы качества медицинской помощи;

(пп. 3.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 25.03.2016 N 192н)

4) сумма средств, удержанных по результатам принятия территориальными органами Фонда социального страхования решения об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве;

(пп. 4 введен [Приказом](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н, в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

5) перечисленная сумма средств;

6) сумма средств, возвращенная медицинской организацией;

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

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

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

133. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис, в объеме, установленном базовой программой, не позднее 25 дней с даты представления счета (реестра счетов) медицинской организацией с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Территориальный фонд субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис, осуществляет возмещение средств территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи не позднее 25 дней с даты получения счета (реестра счетов), предъявленного территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи, в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, установленными для медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи <*>.

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

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

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

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

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

136. Обмен данными при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис, производится в электронном виде в соответствии с [Приказом](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 г. N 29н "Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2011 года, регистрационный N 19742).

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

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

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

Реестр счета за медицинскую помощь должен содержать следующие

сведения:

1) наименование медицинской организации;

2) ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ;

3) период, за который выставлен счет;

4) номер позиции реестра;

5) сведения о застрахованном лице:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата и место рождения;

вес при рождении (для новорожденных);

данные документа, удостоверяющего личность;

абзац исключен. - [Приказ](#) Минздрава России от 28.06.2016 N 423н;

номер полиса;

б) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:

вид оказанной медицинской помощи (код);

основной диагноз в соответствии с [МКБ-10](#);

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

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

вид медицинского вмешательства в соответствии с [номенклатурой](#) медицинских услуг (при наличии);

дату начала и дату окончания лечения;

объемы оказанной медицинской помощи;

профиль оказанной медицинской помощи (код);

специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);

тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу;

стоимость оказанной медицинской помощи;

результат обращения за медицинской помощью (код).

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

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

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

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

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

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

Данный счет содержит следующие сведения:

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

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

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

причинах, требующих дополнительного рассмотрения, в котором указываются позиции счета, не принятые к возмещению полностью или частично, с указанием причин их дополнительного рассмотрения.

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

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

143. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения в электронном виде **акта** о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, и протокола обработки реестра проводит медико-экономическую экспертизу и/или экспертизу качества медицинской помощи страховых случаев по не принятым к возмещению частично или полностью позициям счета и повторно направляет по ним исправленную часть счета с приложением сведений о результатах проведенной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества указанных страховых случаев в территориальный фонд по месту страхования в соответствии с **пунктом 133** настоящих Правил.

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

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

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

145. Оплата исправленной части счета производится территориальным фондом по месту страхования не позднее десяти рабочих дней с даты получения информации от территориального фонда по месту оказания медицинской помощи в электронном виде.

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

147. Не подлежит межтерриториальным расчетам медицинская помощь

по видам, не входящим в базовую программу.

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

(п. 147.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 06.08.2015 N 536н)

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

149. Сверка расчетов по счетам проводится ежегодно перед составлением годовой бухгалтерской отчетности за период с 1 октября предыдущего отчетного года по 30 сентября отчетного года включительно (далее - отчетный период) с оформлением [акта](#) сверки счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис (далее - акт сверки).

Акт сверки должен содержать следующие сведения:

1) сальдо на начало отчетного периода с указанием номера, даты счета и суммы;

2) номер счета, дата;

3) суммы счетов предъявленных к возмещению, возмещенных и отказанных в возмещении;

4) сальдо на конец отчетного периода с указанием номера, даты счета и суммы.

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

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

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

152. Дифференцированные подушевые нормативы предназначены для определения размера финансовых средств для финансирования страховых медицинских организаций, в расчете на одно застрахованное лицо, с учетом

различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола, возраста.

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

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

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

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

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

154. Дифференцированные подушевые нормативы рассчитываются в следующей последовательности:

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

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

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

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

$$P = Z / M / Ч, \text{ где:}$$

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

М - количество месяцев в расчетном периоде;
Ч - численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации;

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

$$P_i = Z_i / M / Ч_i, \text{ где:}$$

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

М - количество месяцев в расчетном периоде;

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

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

$$КД_i = P_i / P;$$

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

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

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

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

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

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

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

Ч - среднемесячная численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации;