

**ЦЕНТРАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ ПРОФСОЮЗА  
РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Обязанности, права  
и ответственность медицинских  
организаций в сфере обязательного  
медицинского страхования**

**Москва 2011 г.**

**В настоящем Информационном бюллетене серии «Нормативные и методические документы» приведены основные нормативные правовые акты, регулирующие вопросы организации предоставления и контроля объемов, сроков, качества, условий оказания медицинской помощи, финансового обеспечения деятельности медицинских организаций; применения санкций к медицинским организациям за выявленные нарушения.**

**Издание адресовано руководителям, работникам аппарата региональных организаций Профсоюза, занимающихся вопросами защиты экономических интересов и финансового обеспечения медицинских организаций, в том числе исключения случаев необоснованного применения санкций к медицинским организациям по результатам контроля качества оказываемой медицинской помощи, трудовых и социальных прав и интересов работников здравоохранения.**

---

Составитель информационного бюллетеня: главный специалист отдела экономической работы и оплаты труда аппарата Профсоюза **Л.А. Богданова.**

Ответственный за выпуск: Секретарь ЦК Профсоюза – зав. отделом экономической работы и оплаты труда аппарата профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации **Т.А. Гончарова.**

Тираж 100 экз.

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Основные положения Федерального Закона от 29.11.2010 года № 326 - ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и других нормативных правовых актов, регулирующих вопросы контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию  
Наш комментарий..... стр. 4-12
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.12.2010 N 1184н "Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию"..... стр. 13-22
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»..... стр. 23-71
4. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12. 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»..... стр. 72-109
5. Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 15.03.2011 г. № 1257/30-4/и «О реализации приказа ФОМС от 01.12.2010 г. № 230»..... стр. 110-124

**Основные положения  
Федерального Закона от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном  
медицинском страховании в Российской Федерации» и других  
нормативных правовых актов, регулирующих вопросы контроля объемов,  
сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по  
обязательному медицинскому страхованию**

Основной целью проводимой модернизации здравоохранения Российской Федерации является повышение качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным гражданам. В связи с этим в современных условиях особую значимость представляет нормативное правовое регулирование требований к качеству медицинской помощи, а также обеспечение организации и осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Общие нормативные требования к качеству услуг содержатся в ст. 309 Гражданского кодекса Российской Федерации, которая предусматривает, что обязательства должны исполняться надлежащим образом в соответствии с условиями обязательств и требованиями закона и иных правовых актов.

*Согласно ст. 35 Федерального Закона от 29.11.2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»* (далее – Закон) критерии доступности и качества медицинской помощи определяются Базовой программой обязательного медицинского страхования, являющейся составной частью Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации.

Кроме того согласно данной статье Базовая программа обязательного медицинского страхования устанавливает требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

Пунктом 6 ст. 36 Закона предусмотрено, что территориальная программа обязательного медицинского страхования в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования содержит реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, определяет условия оказания медицинской помощи в них, а также целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

В соответствии с пунктом 8 части 7 статьи 34 и пунктом 2 части 3 статьи 39, право на осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках программ обязательного медицинского страхования

предоставлено Территориальным фондам ОМС и страховым медицинским организациям.

Согласно ст. 15 Закона к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования (далее - медицинские организации) относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании **договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию** и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Статьей 39 Закона определено, что **Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию заключается между медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования и которым, решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в установленном Законом порядке.**

**По договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.**

Согласно п. 11 данной статьи Форма типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по нормативно-правовому регулированию в сфере страховой деятельности.

***Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.12.2010 г. № 1184н утверждена форма Типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Типовой договор).***

Типовым договором предусматриваются следующие обязательства медицинской организации в части обеспечения доступности и качества медицинской помощи:

- обеспечить застрахованным лицам реализацию права на выбор медицинской организации и врача в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- бесплатно оказывать застрахованным лицам при наступлении страхового случая медицинскую помощь, включенную в территориальную программу обязательного медицинского страхования, перечень видов которой содержится в сведениях, подтверждающих право на осуществление медицинской деятельности, являющихся неотъемлемой частью настоящего договора;

- предоставлять застрахованным лицам сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи;

- представлять страховой медицинской организации сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, изменении видов, объемов и сроков оказываемой медицинской помощи в течение трех рабочих дней с даты изменения, о застрахованном лице и оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, а также показателей доступности и качества медицинской помощи и др.

Разделом III Типового договора по ответственности сторон предусматривается, что медицинская организация несет ответственность за неисполнение обязательств договора в соответствии со статьями 39 и 41 Закона.

Статья 39 Закона, как уже отмечалось выше, регулирует вопросы заключения, содержания Договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также определяет, что в Договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию должны содержаться также положения, предусматривающие следующие обязанности медицинской организации:

1) предоставление сведений о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимых для проведения контроля объемов, сроков и качества предоставляемой медицинской помощи, о режиме работы этой организации, видах оказываемой медицинской помощи;

2) представление счетов за оказанную медицинскую помощь;

3) представление отчетности об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи и иной отчетности в порядке, установленном Федеральным фондом;

4) выполнение иных предусмотренных Законом и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию обязанностей.

Статья 41 Закона регламентирует Порядок применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении

контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, согласно которой:

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, 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, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

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 заключенным между ними договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, устанавливаемым правилами обязательного медицинского страхования.

***Правила обязательного медицинского страхования утверждены приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 года №158н.***

Пунктами 127, 128 и 130 названных Правил предусматривается, что на основании представленных реестров счетов страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с ***Приказом Федерального фонда ОМС 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"*** (далее - Приказ).

Названный Приказ определяет правила и процедуру организации и проведения страховыми медицинскими организациями и фондами обязательного медицинского страхования контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Приказом утвержден Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), который включает следующие разделы:

1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц;
2. Отсутствие информированности застрахованного населения;
3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи;
4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации;
5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов.

Также приказом определен порядок применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные в ходе контроля.

Результатом контроля в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) являются:

а) неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи в виде:

- исключения позиции из реестра счетов, подлежащих оплате объемов медицинской помощи;
- уменьшения сумм, представленных к оплате, в процентах от стоимости оказанной медицинской помощи по страховому случаю;
- возврата сумм, не подлежащих оплате, в страховую медицинскую организацию;

б) уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (по страховому случаю, при котором выявлены дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи).

Неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи и уплата медицинской организацией штрафов в зависимости от вида выявленных дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи могут применяться отдельно или одновременно.

При выявлении нарушений договорных обязательств в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи страховая медицинская организация частично или полностью не возмещает затраты медицинской организации по оказанию медицинской помощи, уменьшая последующие платежи по счетам медицинской организации на сумму выявленных дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи или требует возврата сумм в страховую медицинскую организацию.



Сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, либо подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Пунктом 69 предусматривается, что за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по **договору** на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация уплачивает страховой медицинской организации штраф в соответствии с вышеназванным перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи и **в размере, устанавливаемом по указанному договору.**

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

Статьей 42 Закона **медицинской организации предоставлено право на обжалование заключений страховой медицинской организации** по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Медицинская организация в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации вправе обжаловать заключение страховой медицинской организации при наличии разногласий по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи путем направления претензии в территориальный фонд.

Территориальный фонд в течение 30 рабочих дней со дня поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации материалы и организует проведение повторных медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Повторные медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи проводятся экспертами, назначенными территориальным фондом, и оформляются решением территориального фонда.

Приказом также предусматривается, что территориальный фонд ОМС осуществляет контроль за деятельностью страховых медицинских организаций путем организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно.

Повторная экспертиза качества медицинской помощи может осуществляться параллельно или последовательно с первой тем же методом, но другим экспертом качества медицинской помощи.

Территориальный фонд ОМС направляет оформленные результаты проведения повторной проверки в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию в срок не позднее 20 рабочих дней после окончания проверки. Страховая медицинская организация и медицинская организация обязаны рассмотреть указанные акты в течение 20 рабочих дней с момента их получения и в случае отсутствия согласия с результатами проведенной повторной проверки направляют в территориальный фонд обязательного медицинского страхования подписанный акт с протоколом разногласий не позже 10 рабочих дней с даты получения акта.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования в течение 30 рабочих дней с даты получения рассматривает акт с протоколом разногласий с привлечением заинтересованных сторон.

В случае выявления нарушений договорных обязательств со стороны страховой медицинской организации при возмещении ей затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств.

Перечень санкций за нарушения договорных обязательств устанавливается договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемым между территориальным фондом обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организацией.

В случае выявления территориальным фондом ОМС при проведении повторной проверки нарушений, пропущенных страховой медицинской организацией в ходе медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи, страховая медицинская организация утрачивает право использования мер, применяемых к медицинской организации, по своевременно не обнаруженному дефекту медицинской помощи и/или нарушению при оказании медицинской помощи.

Согласно статье 42 Закона при несогласии медицинской организации с решением территориального фонда она вправе обжаловать это решение в судебном порядке.

Исходя из вышеизложенного, в целях исключения случаев необоснованного применения к медицинским организациям санкций, связанных с результатами осуществления контроля страховыми медицинскими организациями и фондами обязательного медицинского страхования объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями, полагаем целесообразным обратить внимание на следующее.

1. Объем, условия целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, предоставляемой медицинскими организациями по обязательному медицинскому страхованию на территории данного субъекта Российской Федерации, устанавливаются:

- территориальной программой обязательного медицинского страхования; - договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Согласно пункту 9 ст. 36 Закона для разработки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации **создается Комиссия** по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, в состав которой входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и **медицинских организаций, представители профессиональных союзов или их объединений (ассоциаций)**, осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации, на паритетных началах.

Исходя из этой нормы Закона, включение в состав названной комиссии представителей **профессиональных союзов или их объединений (ассоциаций)** обязательно.

Согласно пункту 10 ст. 36 решением вышеназванной Комиссии распределяются объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.

При принятии решений по распределению объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями необходимо обеспечить установление для каждой медицинской организации оптимального объема оказания медицинской помощи, учитывая потребность населения в медицинской помощи и возможности медицинской организации.

Вторым основным нормативным актом, регулирующим требования к объемам, срокам, качеству и условиям предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования является **договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию**.

Исходя из значимости этого документа для установления объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской организацией медицинской помощи, условий и размеров оплаты, оказанной медицинской помощи

страховой медицинской организацией, предотвращения санкций в случае не исполнения обязательств медицинской организацией по объемам, срокам, качеству и условиям предоставления медицинской помощи, следует особенно взвешенно относиться к рассмотрению и принятию решений по включению и параметрам обязательств медицинской организации при заключении данного договора.

Несомненно, что при разработке, рассмотрении и заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию необходимо руководствоваться, вышеприведенными и другими нормативными правовыми актами. При этом полагается целесообразным в рамках действующей нормативной правовой базы учитывать конкретные условия и возможности медицинской организации принимать предупредительные меры по исключению случаев применения санкций, влекущих негативные последствия для финансовой обеспеченности деятельности медицинской организации и социальной защищенности ее работников.

В развитие Приказа от 01.12.2010 № 230 Федеральный фонд обязательного медицинского страхования направил участникам системы обязательного медицинского страхования *письмо от 15.03.2011 г. № 1257/30-4/и «О реализации приказа ФОМС от 01.12.2010 г. №230»*, которым предложил **возможный перечень** обязательств медицинской организации и последствия их неисполнения, влекущие возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа и его размер за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что **конкретные положения**, предусматривающие обязанности медицинской организации по оказанию медицинской помощи застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также конкретные случаи не оплаты, размеры не полной оплаты и размеры штрафов, **устанавливаются договором**, который заключает медицинская организация со страховой медицинской организацией на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а **каждое конкретное положение договора требуют всесторонней и детальной проработки**.

*Отдел экономической работы  
и оплаты труда аппарата Профсоюза*

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО  
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ**  
**от 24 декабря 2010 г. N 1184н**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ ТИПОВОГО ДОГОВОРА  
НА ОКАЗАНИЕ И ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО  
ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

В соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 N 326-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422) приказываю:

Утвердить прилагаемую форму типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

**Министр**

**Т.А. Голикова**

*Утвержден*  
*Приказом Министерства здравоохранения*  
*и социального развития Российской Федерации*  
*от 24.12.2010 г. № 1184н*

Форма

**ТИПОВОЙ ДОГОВОР**  
**НА ОКАЗАНИЕ И ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО**  
**ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(место заключения договора)

Страховая медицинская организация \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской  
организации)

в лице \_\_\_\_\_,  
(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании Устава, доверенности \_\_\_\_\_, лицензии N \_\_\_\_\_  
от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., выданной Федеральной службой страхового надзора  
в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, далее  
именуемая страховой медицинской организацией, с одной стороны, и  
медицинская организация \_\_\_\_\_,

(наименование медицинской организации)  
включенная в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации

территориальной программы обязательного медицинского страхования, и действующая на основании \_\_\_\_\_

(сведения, подтверждающие право на осуществление

\_\_\_\_\_ медицинской деятельности)

\_\_\_\_\_, далее именуемая Организацией, в лице \_\_\_\_\_,  
(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании \_\_\_\_\_,  
(основания для заключения договора)

с другой стороны, далее именуемые Сторонами, в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422) (далее - Федеральный закон) заключили настоящий договор о нижеследующем:

## I. Предмет договора

1. Организация обязуется оказать необходимую медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

## II. Обязанности и права Сторон

2. Страховая медицинская организация обязуется:

2.1 оплачивать медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в пределах объемов медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (приложение N 1 к настоящему договору), с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - тарифы), в течение трех рабочих дней после получения средств обязательного медицинского страхования от территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - территориальный фонд) путем перечисления указанных средств на расчетный счет Организации на основании предъявленных Организацией счетов и реестров счетов, до \_\_\_\_\_ числа месяца, следующего за отчетным;

2.2 до \_\_\_\_\_ числа каждого месяца направлять аванс в размере до семидесяти процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в Организацию в соответствии с настоящим договором;

2.3 проводить контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам в Организации в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - порядок организации контроля),

устанавливаемым Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд) в соответствии с пунктом 2 части 3 статьи 39 Федерального закона;

2.4 обеспечивать Организацию информационными материалами о правах граждан в сфере обязательного медицинского страхования, предоставляемых видах и объемах медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, условиях ее получения;

2.5 проводить ежемесячно, на 1 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года сверку расчетов с Организацией, по результатам которой составляется акт о принятии к оплате оказанной медицинской помощи, подтверждающий сумму окончательного расчета между сторонами.

Акт содержит следующие сведения: сумма задолженности по оплате медицинской помощи на начало отчетного месяца; общая сумма средств на оплату медицинской помощи по предъявленным счетам на месяц; сумма средств, удержанных по результатам контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи, в том числе по результатам актов медико-экономического контроля, актов медико-экономической экспертизы, актов экспертизы качества медицинской помощи; перечисленная сумма средств; задолженность по оплате медицинской помощи на конец отчетного месяца;

2.6 осуществлять информационный обмен сведениями о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными Федеральным фондом согласно пункту 8 части 8 статьи 33 Федерального закона;

2.7 выполнять иные обязанности, предусмотренные Федеральным законом и настоящим договором.

3. Страховая медицинская организация вправе:

3.1 получать от Организации сведения, необходимые для осуществления контроля за соблюдением требований к предоставлению медицинской помощи застрахованным лицам, информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи и иные сведения в объеме и в порядке, определенном настоящим договором, осуществлять проверку их достоверности, обеспечивать их конфиденциальность и сохранность в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;

3.2 не оплачивать или не полностью оплачивать затраты медицинской организации на оказание медицинской помощи, требовать возврата средств в страховую медицинскую организацию при выявлении нарушений договорных обязательств в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи\* ;

\* Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи утверждается Федеральным фондом в соответствии со статьей 40 Федерального закона.

3.3 предъявлять претензии и (или) иски к Организации в целях возмещения вреда, причиненного застрахованному лицу, в соответствии со статьей 31 Федерального закона и применять санкции в соответствии со статьей 41 Федерального закона.

4. Организация обязуется:

4.1 обеспечить застрахованным лицам реализацию права на выбор медицинской организации и врача в соответствии с законодательством Российской Федерации;

4.2 бесплатно оказывать застрахованным лицам при наступлении страхового случая медицинскую помощь, включенную в территориальную программу обязательного медицинского страхования, перечень видов которой содержится в сведениях, подтверждающих право на осуществление медицинской деятельности, являющихся неотъемлемой частью настоящего договора;

4.3 предоставлять застрахованным лицам сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи;

4.4 представлять страховой медицинской организации сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, изменении видов, объемов и сроков оказываемой медицинской помощи в течение трех рабочих дней с даты изменения, о застрахованном лице и оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, а также показателях доступности и качества медицинской помощи;

4.5 направлять в страховую медицинскую организацию в срок до десятого числа текущего месяца заявку на авансирование медицинской помощи в размере до семидесяти процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи в соответствии с настоящим договором;

4.6 представлять страховой медицинской организации в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным, реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с настоящим договором;

4.7 представлять отчетность об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи и иную отчетность в порядке, устанавливаемом Федеральным фондом в соответствии со статьей 33 Федерального закона;

4.8 вести персонифицированный учет медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с Федеральным законом, и представлять страховой медицинской организации сведения, необходимые для исполнения настоящего договора;

4.9 предоставлять место для размещения информационных материалов о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и возможность организовать для представителя страховой медицинской



организации помещение для осуществления деятельности по защите прав застрахованных лиц;

4.10 использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования;

4.11 вести раздельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования;

4.12 проводить ежемесячно на 1 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года сверку расчетов со страховой медицинской организацией, по результатам которой составляется акт о принятии к оплате оказанной медицинской помощи, подтверждающий сумму окончательного расчета между Сторонами.

Акт содержит следующие сведения: сумма задолженности по оплате медицинской помощи на начало отчетного месяца; общая сумма средств на оплату медицинской помощи по предъявленным счетам на месяц; сумма средств, удержанных по результатам контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи, в том числе по результатам актов медико-экономического контроля, актов медико-экономической экспертизы, актов экспертизы качества медицинской помощи; перечисленная сумма средств; задолженность по оплате медицинской помощи на конец отчетного месяца;

4.13 осуществлять информационный обмен сведениями о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными Федеральным фондом в соответствии с пунктом 8 части 8 статьи 33 Федерального закона;

4.14 представлять сведения в страховую медицинскую организацию о численности застрахованных лиц, выбравших Организацию для оказания амбулаторной медицинской помощи (приложение N 2 к настоящему договору), и списках застрахованных лиц, выбравших Организацию для оказания амбулаторной медицинской помощи, о возникших обстоятельствах, которые могут привести к нарушению требований стандартов медицинской помощи;

4.15 представить страховой медицинской организации сведения, подтверждающие право Организации на осуществление медицинской деятельности, заверенные в установленном порядке, перечень видов медицинской помощи, предоставляемых в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, сведения об условиях предоставления медицинской помощи застрахованным лицам и режиме работы Организации, показатели доступности и качества медицинской помощи, установленные для Организации, и другие документы, необходимые для выполнения настоящего договора;

4.16 выполнять иные обязанности, предусмотренные Федеральным законом и настоящим договором.

5. Организация вправе:

5.1 получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании настоящего договора в соответствии с установленными тарифами;

5.2 обжаловать заключение страховой медицинской организации при наличии разногласий по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

### III. Ответственность сторон

6. Страховая медицинская организация несет ответственность за:

6.1 неоплату или несвоевременную оплату медицинской помощи, оказанной по настоящему договору, в виде уплаты Организации за счет собственных средств пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения срока перечисления средств, от неперечисленных сумм за каждый день нарушения.

Уплата пени не освобождает страховую медицинскую организацию от оплаты медицинской помощи в соответствии с условиями настоящего договора;

6.2 сохранение конфиденциальности предоставляемой информации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. Организация несет ответственность в соответствии со статьями 39 и 41 Федерального закона.

8. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы, возникшей после заключения настоящего договора (война, пожар, стихийное бедствие и т.п.).

### IV. Срок действия договора и порядок его прекращения

9. Настоящий договор вступает в силу со дня подписания его сторонами и действует по 31.12.20\_\_.

10. Действие настоящего договора продлевается на следующий календарный год, если ни одна из сторон не заявит о его прекращении за тридцать дней до его окончания.

11. Страховая медицинская организация и Организация не вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего договора.

12. Договор может быть признан недействительным решением суда.

13. Настоящий договор считается расторгнутым:

при ликвидации одной из сторон;

при отзыве либо прекращении действия лицензии у страховой медицинской организации;

по соглашению сторон, совершенному в письменной форме;

при утрате Организацией права на осуществление медицинской деятельности;

при исключении Организации из реестра медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования;

с момента возникновения указанных обстоятельств.

14. О намерении досрочного прекращения договора страховая медицинская организация уведомляет Организацию за три месяца до предполагаемой даты прекращения договора.

15. При расторжении настоящего договора стороны производят окончательный расчет в течение десяти дней после прекращения действия договора, при этом ликвидируют взаимную дебиторскую и кредиторскую задолженность, о чем составляют соответствующий акт, копия которого в течение одного дня направляется страховой медицинской организацией в территориальный фонд.

## V. Прочие условия

16. По вопросам, не предусмотренным настоящим договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

17. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр находится у страховой медицинской организации, другой - у Организации.

18. Все уведомления и сообщения, направляемые сторонами в связи с исполнением настоящего договора, должны быть сделаны в письменной форме.

19. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга об изменениях своих адресов и реквизитов.

## VI. Реквизиты сторон:

Страховая медицинская организация:  
ИНН/КПП \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Адрес (место) нахождения  
юридического лица: \_\_\_\_\_

Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_  
БИК \_\_\_\_\_

Организация:  
ИНН/КПП \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Адрес (место) нахождения  
юридического лица: \_\_\_\_\_

Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_  
БИК \_\_\_\_\_

## VII. Подписи сторон

Страховая медицинская организация:

\_\_\_\_\_

М.П.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Организация:

\_\_\_\_\_

М.П.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

*Приложение № 1  
к типовому договору на оказание  
и оплату медицинской помощи  
по обязательному медицинскому  
страхованию, утвержденному  
Приказом Министерства здравоохранения  
и социального развития Российской Федерации  
от 24.12.2010 г. № 1184н*

Объемы медицинской помощи по территориальной программе  
обязательного медицинского страхования на \_\_\_\_\_ год\*

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

Виды медицинской помощи	N строки	Единица измерения	Территор. нормативы объемов медицинской помощи на одного жителя	Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения				
				всего на ____ год	в том числе:			
					январь - март	апрель - июнь	июль - сентябрь	октябрь - декабрь
А	1	2	3	4	5	6	7	8
Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС	1							
- скорая медицинская помощь	2	вызов						
- амбулаторная помощь (сумма строк 7 + 11 + 16)	3	посещение						
- стационарная помощь (сумма строк 8 + 12 + 17)	4	к/день						
- в дневных стационарах (сумма строк 9 + 13 + 18), в том числе	5	пациенто-день						
1. Медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы ОМС	6							

\* Устанавливаются решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации.

**Обязанности, права и ответственность медицинских организаций  
в сфере обязательного медицинского страхования**

- амбулаторная помощь	7	посещение						
- стационарная помощь	8	к/день						
- в дневных стационарах	9	пациенто-день						
2. Дополнительные расходы, включаемые в тариф сверх базовой программы на медицинскую помощь (расширение статей расходов):	10		X					
- амбулаторная помощь	11	посещение	X					
- стационарная помощь	12	к/день	X					
- в дневных стационарах	13	пациенто-день	X					
3. Медицинская помощь при заболеваниях сверх базовой программы ОМС:	14							
- скорая медицинская помощь	15	вызов						
- амбулаторная помощь	16	посещение						
- стационарная помощь	17	к/день						
- в дневных стационарах	18	пациенто-день						

*Приложение N 2  
к типовому договору на оказание  
и оплату медицинской помощи  
по обязательному медицинскому  
страхованию, утвержденному  
Приказом Министерства здравоохранения  
и социального развития Российской Федерации  
от 24.12.2010 г. № 1184н*

Сведения о численности застрахованных лиц,  
выбравших Организацию для оказания амбулаторной медицинской помощи

на 01.\_\_\_\_\_.20\_\_

(чел.)

N	Число застрахованных лиц	В том числе по группам застрахованных лиц							
		дети				трудоспособный возраст		пенсионеры	
		0 - 4 года		5 - 17 лет		18 - 59 лет	18 - 54 лет	60 лет и старше	55 лет и старше
		муж	жен	муж	жен	муж.	жен.	муж.	жен.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО  
РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ  
от 28 февраля 2011 г. № 158н**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

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. Голикова**

*Приложение  
к Приказу Министерства здравоохранения  
и социального развития Российской Федерации  
от 28 февраля 2011 г. № 158н*

**ПРАВИЛА  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**I. Общие положения**

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

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

обязательного медицинского страхования; порядок ведения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования; порядок направления территориальным фондом обязательного медицинского страхования сведений о принятом решении об оплате расходов на 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.

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

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

4. Выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями, путем обращения 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\* .

\* Далее — территориальный Фонд.

\* Часть 4 статьи 16 Федерального закона.



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

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

1) о застрахованном лице:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

место рождения;

гражданство;

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

данные документа, удостоверяющего личность;

место жительства;

место регистрации;

дата регистрации;

контактная информация;

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

\* Часть 3 статьи 16 Федерального закона

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

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

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

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

свидетельство о рождении;

документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;

СНИЛС (при наличии);

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

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

СНИЛС (при наличии);

3) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах"\* - удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению\*\*;

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

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

\* 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).

\*\* 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).

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

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

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

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

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

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

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

СНИЛС (при наличии);

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

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

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

СНИЛС (при наличии);

8) для представителя застрахованного лица:

документ, удостоверяющий личность;

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

9) для законного представителя застрахованного лица:

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

10) для лиц без определенного места жительства и занятий (в том числе детей) при отсутствии документов, удостоверяющих личность, учреждениями

\* 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).

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

социальной помощи\* представляется ходатайство о регистрации в качестве застрахованного лица, содержащее:

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

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

наименование территориального фонда;

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)\*\*;

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

наименование территориального фонда.

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

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

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, 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

\* Постановление Правительства Российской Федерации от 8 июня 1996 г. N 670 "Об утверждении Примерного положения об учреждении социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, N 25, ст. 3025; 1999, N 29, ст. 3734; 2010, N 31, ст. 4273).

\*\* Со слов гражданина или по имеющимся документам.

обеспечении обязательного медицинского страхования<sup>\*</sup>. Соотношение работающих граждан и неработающих граждан, не обратившихся в страховую медицинскую организацию, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным<sup>\*\*</sup>.

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<sup>\*\*\*</sup>.

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<sup>\*\*\*\*</sup>.

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<sup>\*\*\*\*\*</sup>.

\* Далее - договор о финансовом обеспечении.

\*\* Часть 6 статьи 16 Федерального закона.

\*\*\* Часть 7 статьи 16 Федерального закона.

\*\*\*\* Часть 15 статьи 38 Федерального закона.

\*\*\*\*\* См. части 2 и 5 статьи 16 Федерального закона.

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

20. На территории Российской Федерации действуют полисы единого образца.

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

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;

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

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

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

дата регистрации застрахованного лица в страховой медицинской организации;

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

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

24. К визуальным сведениям электронного полиса предъявляются следующие требования:

1) лицевая сторона содержит:

номер полиса;

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

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

срок действия полиса;

подпись застрахованного лица;

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

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

26. К электронному страховому приложению предъявляются следующие требования:

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

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

3) наличие неизменяемых данных:

номер полиса;

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

место рождения;

СНИЛС (при наличии);

срок действия полиса;

4) состав изменяемых (дополняемых) данных:

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

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

дата регистрации застрахованного лица в страховой медицинской организации.

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

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

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

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

30. В соответствии с частью 2 статьи 51 Федерального закона полисы, выданные лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию до дня вступления в силу Федерального закона, являются действующими до замены их на полисы единого образца. С 1 мая 2011 года до введения на территориях субъектов Российской Федерации универсальных электронных карт выдача полисов застрахованным лицам осуществляется в соответствии с настоящей главой Правил.

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

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

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



34. В день получения 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).

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

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).

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 и через единый портал государственных услуг в сети "Интернет".

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 данных случаях осуществляется переоформление полиса.

53. Переоформление полиса осуществляется также в случаях:

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

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

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

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

- 2) утери полиса.

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

- 1) о застрахованном лице:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

место рождения;

гражданство;

СНИЛС (при наличии);

данные документа, удостоверяющего личность;

место жительства;

место регистрации;

дата регистрации;

контактная информация;

- 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;

---

\* Пункт 3 статьи 2 части 16 Федерального закона.

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\*.

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.

\* 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).

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

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

65. Страховые медицинские организации обязаны ознакомить застрахованных лиц, получающих полис, с настоящими Правилами, базовой программой обязательного медицинского страхования (далее - базовая программа), территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее - территориальная программа), перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации. Одновременно с полисом застрахованному лицу страховая медицинская организация предоставляет информацию о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и контактные телефоны территориального фонда и страховой медицинской организации, выдавшей полис, которая может доводиться до застрахованных лиц в виде памятки.

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

67. Бланки временных свидетельств учитываются как бланки строгой отчетности.

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

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

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

70. Ведение реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации (далее - реестр страховых медицинских организаций) осуществляется территориальным фондом по форме согласно приложению N 1 к настоящим Правилам.

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 представления документов согласно пункту 75 настоящих Правил территориальный фонд осуществляет проверку их на соответствие сведениям, предусмотренным пунктом 73 настоящих Правил, в присутствии представителя страховой медицинской организации и 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.

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

78. При выявлении несоответствия сведений представленным в уведомлении в соответствии с пунктом 72 настоящих Правил документам, страховой медицинской организации предлагается внести уточнения в уведомление с учетом срока, установленного частью 10 статьи 14 Федерального закона.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

88. Ведение реестра медицинских организаций (организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы; индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой)\*, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Российской Федерации (далее - реестр медицинских организаций), осуществляется территориальным фондом по форме согласно приложению N 2 к настоящим Правилам.

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

90. Ведение единого реестра медицинских организаций осуществляется Федеральным фондом.

91. Реестр медицинских организаций содержит следующие сведения:

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

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

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

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

4) КПП;

5) ИНН;

6) организационно-правовая форма медицинской организации;

7) адрес (место) нахождения медицинской организации;

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

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

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

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

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

11) дата включения медицинской организации в реестр медицинских организаций;

\* Пункт 1 и пункт 2 части 1 статьи 15 Федерального закона.

12) дата исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций;

13) причина исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций.

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

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

Уведомление содержит следующие сведения:

1) полное наименование медицинской организации;

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

2) краткое наименование медицинской организации;

3) адрес (место) нахождения медицинской организации;

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

4) КПП;

5) ИНН;

6) организационно-правовая форма медицинской организации;

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

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

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

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

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

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

\* Часть 2 статьи 15 Федерального закона.

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 представления документов согласно пункту 94 настоящих Правил территориальный фонд осуществляет проверку их на соответствие сведениям, предусмотренным пунктом 92 настоящих Правил, в присутствии представителя медицинской организации и при установлении соответствия данных вносит медицинскую организацию в реестр медицинских организаций и присваивает реестровый номер.

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\*.

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

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,

---

\* Часть 4 статьи 15 Федерального закона.

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 исполнительными органами Фонда социального страхования Российской Федерации территориальным фондам в порядке, установленном Фондом социального страхования Российской Федерации по согласованию с Федеральным фондом\*\*.

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

- 1) фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица;
- 2) номер полиса;
- 3) дата рождения;
- 4) наименование документа, удостоверяющего личность;

\* Далее - решение.

\*\* Часть 2 статьи 32 Федерального закона.

- 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.

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

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

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:

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

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

$Ч_{in}$  - численность застрахованных лиц в каждой страховой медицинской организации для  $i$ -той половозрастной группы  $n$ -ого муниципального образования субъекта Российской Федерации.

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

$$\text{ОФП} = \text{SUM}_{1}^{k} \text{ФП} \quad , \text{ где:}$$

$k$  - количество страховых медицинских организаций.

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

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

$С$  - среднедушевой норматив финансирования страховых медицинских организаций;

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

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

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

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 дней со дня принятия соответствующих мер.

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) остаток средств в страховой медицинской организации на начало месяца, в том числе:

резерв оплаты медицинской помощи;

запасной резерв;

резерв финансового обеспечения предупредительных мероприятий;

2) перечисленная сумма средств в отчетном месяце, всего, в том числе:

по дифференцированным подушевым нормативам;

из средств нормированного страхового запаса;

3) общая сумма средств, направленная на расходы на ведение дела;

4) размер средств на оплату медицинской помощи;

5) остаток средств в страховой медицинской организации на конец месяца,

в том числе:

резерв оплаты медицинской помощи;

запасной резерв;

резерв финансового обеспечения предупредительных мероприятий.

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.

123. Объемы медицинской помощи устанавливаются медицинской организации на год с последующей корректировкой при необходимости исходя из потребности застрахованных лиц в медицинской помощи и с учетом их права выбора медицинской организации и врача с учетом:

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

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

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.

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

1) заявку на авансирование медицинской помощи, с указанием периода авансирования и суммы;

2) счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов.

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

Реестр счетов должен содержать следующие сведения:

1) наименование медицинской организации;

2) ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ;

3) период, за который выставлен счет;

4) номер позиции реестра;

5) сведения о застрахованном лице:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата и место рождения;

данные документа, удостоверяющего личность;

СНИЛС (при наличии);

номер полиса;

6) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:

вид оказанной медицинской помощи (код);



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

дату начала и дату окончания лечения;

объемы оказанной медицинской помощи;

профиль оказанной медицинской помощи (код);

специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);

тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу;

стоимость оказанной медицинской помощи;

результат обращения за медицинской помощью (код).

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

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

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

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

131. Страховая медицинская организация, получившая от территориального фонда сведения о застрахованном лице, в отношении которого исполнительным 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.

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

Акт сверки расчетов должен содержать следующие сведения:

- 1) сумма задолженности по оплате медицинской помощи на начало отчетного месяца;
- 2) общая сумма средств на оплату медицинской помощи по предъявленным счетам на месяц;
- 3) сумма средств, удержанных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе:
  - по результатам медико-экономического контроля;
  - по результатам медико-экономической экспертизы;
  - по результатам экспертизы качества медицинской помощи;
- 4) перечисленная сумма средств;
- 5) 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 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, 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<sup>\*</sup>.

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.

<sup>\*</sup> Часть 8 статьи 34 Федерального закона.

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;  
данные документа, удостоверяющего личность;  
СНИЛС (при наличии);  
номер полиса;
- 6) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:  
вид оказанной медицинской помощи (код);  
диагноз в соответствии с 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).

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\*.

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

\* Часть 10 статьи 40 Федерального закона.

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

Данный счет содержит следующие сведения:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Акт сверки должен содержать следующие сведения:

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

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

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

#### Х. 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 и места жительства в субъекте Российской Федерации.

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.

154. Дифференцированные подушевые нормативы рассчитываются в следующей последовательности:

1) рассчитываются коэффициенты дифференциации ( $K_{Din}$ ) для каждой половозрастной группы застрахованных лиц по муниципальным образованиям (либо группам муниципальных образований) на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период (далее - расчетный период), но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период. Для расчета коэффициентов дифференциации:

все лица, застрахованные в субъекте Российской Федерации в расчетном периоде, распределяются на половозрастные группы в разрезе муниципальных образований (либо групп муниципальных образований). К расчету коэффициентов дифференциации принимается численность застрахованных лиц 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, по каждому муниципальному образованию (либо группе муниципальных образований) субъекта Российской Федерации;

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

$$P = Z/M/Ч, \text{ где:}$$

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

$M$  - количество месяцев в расчетном периоде;

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

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

$$P_{in} = Z_{in} / M / Ч_{in}, \text{ где:}$$

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

$M$  - количество месяцев в расчетном периоде;



$Ч_{in}$  - численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации, попадающего в  $i$ -тый половозрастной интервал  $n$ -ого муниципального образования субъекта Российской Федерации;

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

$$КД_{in} = З_{in} / P;$$

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

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

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

$\text{Дельта Н}$  - 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;

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

$Ч$  - численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации;

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

$$Д_{in} = C \times КД_{in}, \text{ где:}$$

$C$  - среднедушевой норматив финансирования страховой медицинской организации;

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

$КД_{in}$  - коэффициент дифференциации для  $i$ -той половозрастной группы застрахованных лиц  $n$ -ого муниципального образования субъекта Российской Федерации.

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

155. Расчет тарифов может осуществляться на единицу объема медицинской помощи (1 койко-день в больничных учреждениях, 1 посещение амбулаторно-поликлинического учреждения, 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров, 1 вызов скорой медицинской помощи), на

медицинскую услугу, за пролеченного больного, на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

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

157. С 1 января 2011 года по 31 декабря 2012 года тариф на оплату медицинской помощи:

1) в части базовой программы обязательного медицинского страхования включает в себя расходы, определенные Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации;

2) в части территориальных программ обязательного медицинского страхования может включать в себя часть расходов на оплату труда, начисления на выплаты по оплате труда (в части прочих выплат), расходы на оплату услуг связи, транспортных и коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу\*.

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

159. К затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги), относятся:

1) затраты на оплату труда персонала, непосредственно участвующего в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации;

2) материальные запасы, полностью потребляемые в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с табелем оснащения медицинской организации (ее структурного подразделения) медицинским инструментарием, мягким инвентарем, изделиями медицинского назначения для оказания данного вида медицинской помощи (по профилю), нормами лечебного и профилактического питания;

3) затраты (амортизация) оборудования, используемого в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с табелем оснащения медицинской организации (ее структурного подразделения) медицинским оборудованием.

\* Пункт 2 части 3 статьи 51 Федерального закона.

160. К затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемым непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), относятся:

1) затраты на оплату труда персонала учреждения, не участвующего непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги);

2) хозяйственные расходы;

3) затраты на уплату налогов (кроме начислений на выплаты по оплате труда), пошлины и иные обязательные платежи;

4) затраты (амортизация) зданий, сооружений и других основных фондов, непосредственно не связанных с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги).

161. Расчет затрат на оплату труда персонала, непосредственно участвующего в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), осуществляется исходя из суммы расходов на оплату труда указанного персонала, фонда рабочего времени, расчетных показателей объемов медицинской помощи, нормы времени на оказание медицинской услуги.

162. Затраты на приобретение материальных запасов и услуг, полностью потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), включают (в зависимости от вида оказываемой медицинской помощи) затраты на медикаменты и перевязочные средства, продукты питания, мягкий инвентарь, приобретение расходных материалов для оргтехники, другие материальные запасы. Затраты на приобретение материальных запасов рассчитываются как произведение средней стоимости материальных запасов на их объем потребления в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

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

164. Объем затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в соответствии с пунктами 162 и 163 настоящих Правил, но не потребляемых непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), относится на стоимость медицинской помощи (медицинской услуги).

165. Расчет стоимости медицинской помощи (медицинской услуги) производится согласно таблице.

Таблица

Расчет стоимости медицинской помощи (медицинской услуги)

(наименование медицинской услуги)

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

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

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

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

Коэффициент половозрастных затрат для конкретной медицинской организации рассчитывается с использованием относительных коэффициентов половозрастных затрат для каждой половозрастной группы прикрепленных к

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

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

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

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

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

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

Реестр должен содержать следующую информацию:

- 1) наименование медицинской организации;
- 2) ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ;
- 3) период, за который выставлен счет;
- 4) наименование субъекта Российской Федерации, в котором застрахованному лицу выдан полис;
- 5) номер позиции реестра;
- 6) сведения о застрахованном лице:  
фамилия, имя, отчество (при наличии);  
пол;

дата и место рождения;  
данные документа, удостоверяющего личность;  
СНИЛС (при наличии);  
номер полиса;  
наименование страховой медицинской организации;  
дата регистрации в качестве застрахованного лица;  
7) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:  
вид оказанной медицинской помощи (код);  
диагноз в соответствии с МКБ-10;  
дату начала и дату окончания лечения;  
объемы оказанной медицинской помощи;  
профиль оказанной медицинской помощи (код);  
специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);  
тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу;  
стоимость оказанной медицинской помощи;  
результат обращения за медицинской помощью (код).

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

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

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

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

175. Территориальный фонд по месту страхования застрахованного лица в течение 25 дней с даты получения счета в электронном виде осуществляет оплату медицинской помощи с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по действующим на территории оказания медицинской помощи тарифам и способам оплаты медицинской

\* Часть 10 статьи 40 Федерального закона.

помощи на дату завершения случая оказания медицинской помощи, за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда и направляет в медицинскую организацию за пределами Российской Федерации соответствующее извещение об оплате, в котором указываются позиции реестра, не принятые к оплате или частично оплаченные, а также сведения о результатах проведенного контроля и экспертиз.

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

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

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

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

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

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

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

### ХIII. Требования к размещению страховыми медицинскими организациями информации

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

- 1) о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования;
- 2) о составе учредителей (участников, акционеров);
- 3) о финансовых результатах деятельности;
- 4) об опыте работы;
- 5) о количестве застрахованных лиц всего, в том числе в субъектах Российской Федерации;
- 6) о медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации;
- 7) о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;
- 8) о выявленных по обращениям застрахованных лиц нарушениях при предоставлении медицинской помощи;
- 9) о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе о праве выбора или замены страховой медицинской организации, медицинской организации;
- 10) о порядке получения полиса, в том числе:
  - заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации;
  - заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса;
  - адреса и режим работы пунктов выдачи полисов;
  - адреса официальных сайтов в сети "Интернет" страховых медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации;
  - номера телефонов и адреса электронной почты справочной службы страховой медицинской организации, участвующей в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации;
  - перечень документов, необходимых для получения полиса;
  - порядок обжалования решений, действий или бездействия работников при выдаче полисов;
  - номера телефонов и адреса электронной почты подразделений по организации защиты прав застрахованных лиц страховых медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации и территориального фонда;
- 11) об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным законом.

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

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



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

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

184. Способы размещения информации, указанные в пункте 182 настоящих Правил, должны обеспечивать возможность пользователю распечатать на бумажном носителе информацию: о порядке получения полиса, об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным законом, о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе праве выбора или замены страховой медицинской организации, медицинской организации, о медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи.

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

186. Опубликование в средствах массовой информации (включая электронные) информации, указанной в пункте 182 настоящих Правил, осуществляется страховой медицинской организацией не реже одного раза в год. Максимальное число публикаций не ограничено. Страховые медицинские организации хранят экземпляры или электронные версии публикаций не менее трех лет.

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

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

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

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

190. Полученные от территориального фонда по дифференцированным подушевым нормативам платежи по обязательному медицинскому страхованию страховая медицинская организация использует на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках

территориальной программы, формирование резервов, на оплату расходов на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию.

191. При заключении договора о финансовом обеспечении в целях выполнения принятых обязательств по оплате медицинской помощи в объеме территориальной программы предусматривается формирование страховой медицинской организацией резерва оплаты медицинской помощи, запасного резерва, резерва финансирования предупредительных мероприятий и средств на ведение дела за счет следующих источников:

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

2) экономии средств, поступивших от территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам по договору на 2011 год, возникшей из-за неоплаты или неполной оплаты счетов медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по результатам медико-экономического контроля и медико-экономической экспертизы медицинской помощи;

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

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

5) сумм возврата средств резервов.

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

1) средств, поступивших от территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам по договору на 2011 год, за исключением средств, направленных на формирование запасного резерва, резерва финансирования предупредительных мероприятий и средств на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2) пяти процентов экономии средств, полученных из территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам по договору на 2011 год, возникшей по результатам медико-экономической экспертизы медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями. Сумма средств резерва финансового обеспечения предупредительных мероприятий не

должна превышать двухнедельного размера запаса средств на оплату медицинской помощи в объеме территориальной программы.

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

1) по нормативу, установленному законом о бюджете территориального фонда от средств, полученных из территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам в соответствии с частью 18 статьи 38 Федерального закона;

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

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

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

5) штрафов и пени, полученных страховой медицинской организацией за нарушение условий договоров, действующих в сфере обязательного медицинского страхования, за исключением полученных или удержанных по результатам экспертиз.

196. Страховая медицинская организация направляет средства:

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

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

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

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

*Приложение № 1  
к Правилам обязательного  
медицинского страхования,  
утвержденным Приказом  
Министерства здравоохранения  
и социального развития  
Российской Федерации  
от 28 февраля 2011 г. № 158н*

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

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

Дата включения страховой медицинской организации в реестр страховых медицинских организаций	14	
Дата исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций	15	
Причина исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций	16	
Численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на дату подачи уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования	17	

*Приложение № 2  
к Правилам обязательного  
медицинского страхования,  
утвержденным Приказом  
Министерства здравоохранения  
и социального развития  
Российской Федерации  
от 28 февраля 2011 г. № 158н*

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

Код субъекта Российской Федерации по ОКАТО, где расположена медицинская организация	1	
Реестровый номер	2	
Полное и краткое наименование медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ	3	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой	3.1	
Код причины постановки на учет (КПП)	4	
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	5	
Организационно-правовая форма медицинской организации	6	
Адрес (место) нахождения медицинской организации	7	
Адрес (место) нахождения индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой	7.1	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты	8	

Номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой	8.1	
Наименование, номер, дата выдачи, дата окончания действия разрешения на осуществление медицинской деятельности	9	
Виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы	10	

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ**

**ПРИКАЗ**  
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**

В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" приказываю:

1. Утвердить прилагаемый Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - Порядок).

2. Руководителям территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций использовать прилагаемый Порядок при организации и проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

**Председатель**

**А. Юрин**

**ПОРЯДОК  
ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ,  
КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ  
СТРАХОВАНИЮ**

**I. Общие положения**

1. Настоящий Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - Порядок) разработан в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 06.12.2010, N 49, ст. 6422) и определяет правила и процедуру организации и проведения страховыми



медицинскими организациями и фондами обязательного медицинского страхования контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

2. Цель настоящего Порядка - регулирование мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи в установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию объемах, сроках и условиях, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования.

## II. Цели контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

3. К контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - контроль) относятся мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, реализовываемые посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

4. Объектом контроля является организация и оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Субъектами контроля являются территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, медицинские организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

### 5. Цели контроля:

5.1. обеспечение бесплатного предоставления застрахованному лицу медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;

5.2. защита прав застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

5.3. предупреждение дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и/или неправильного выполнения порядков оказания медицинской помощи и/или стандартов медицинской помощи, медицинских технологий путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами;

5.4. проверка исполнения страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями обязательств по оплате и бесплатному оказанию застрахованным лицам медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования;

5.5. проверка исполнения страховыми медицинскими организациями обязательств по изучению удовлетворенности застрахованных лиц объемом, доступностью и качеством медицинской помощи;

5.6. оптимизация расходов по оплате медицинской помощи при наступлении страхового случая и снижение страховых рисков в обязательном медицинском страховании.

6. Контроль осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

### III. Медико-экономический контроль

7. Медико-экономический контроль в соответствии с частью 3 статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон) - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

8. Медико-экономический контроль осуществляется специалистами страховых медицинских организаций и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

9. При медико-экономическом контроле проводится контроль всех случаев оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в целях:

- 1) проверки реестров счетов на соответствие установленному порядку информационного обмена в сфере обязательного медицинского страхования;
- 2) идентификации лица, застрахованного конкретной страховой медицинской организацией (плательщика);
- 3) проверки соответствия оказанной медицинской помощи:
  - а) территориальной программе обязательного медицинского страхования;

б) условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

в) действующей лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;

4) проверки обоснованности применения тарифов на медицинские услуги, расчета их стоимости в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

5) установления отсутствия превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

10. Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в акте медико-экономического контроля (приложение 1 к настоящему Порядку) с указанием суммы уменьшения счета по каждой записи реестра, содержащей сведения о дефектах медицинской помощи и/или нарушениях при оказании медицинской помощи.

В соответствии с частями 9 и 10 статьи 40 Федерального закона результаты медико-экономического контроля, оформленные соответствующим актом по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, являются основанием для применения мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку), а также могут являться основанием для проведения медико-экономической экспертизы; организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи; проведения повторного медико-экономического контроля, повторных медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования или страховой медицинской организацией по заданию территориального фонда (кроме контроля при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования).

#### IV. Медико-экономическая экспертиза

11. Медико-экономическая экспертиза в соответствии с частью 4 статьи 40 Федерального закона - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских

услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

12. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом (пункт 78 раздела XIII настоящего Порядка).

13. Медико-экономическая экспертиза осуществляется в виде:

- а) целевой медико-экономической экспертизы;
- б) плановой медико-экономической экспертизы.

14. Целевая медико-экономическая экспертиза проводится в случаях:

а) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации;

б) заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи;

в) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации.

15. На основании проведенного медико-экономического контроля плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется по счетам, предоставленным к оплате в течение месяца после оказания застрахованному лицу медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в иных случаях может осуществляться в течение года после предъявления счетов на оплату.

16. При проведении плановой медико-экономической экспертизы оцениваются:

а) характер, частота и причины нарушений прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в установленных договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию объеме, сроках, качестве и условиях;

б) объем оказанной медицинской организацией медицинской помощи и его соответствие установленному решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объему, подлежащему оплате за счет средств обязательного медицинского страхования;

в) частота и характер нарушений медицинской организацией порядка формирования реестров счетов.

17. Объем проверок при плановой медико-экономической экспертизе от числа принятых к оплате счетов по случаям оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию определяется договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и составляет не менее:

8% - стационарной медицинской помощи;

8% - медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре;

0,8% - амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

В случае если в течение месяца количество дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи превышает 30 процентов от числа случаев оказания медицинской помощи, по которым была проведена медико-экономическая экспертиза, в следующем месяце объем проверок от числа принятых к оплате счетов по случаям оказания медицинской помощи должен быть увеличен не менее чем в 2 раза по сравнению с предыдущим месяцем.

18. В отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическим признакам (например, частота и виды послеоперационных осложнений, продолжительность лечения, стоимость медицинских услуг) в медицинской организации в соответствии с планом, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования, может проводиться плановая тематическая медико-экономическая экспертиза.

19. По итогам медико-экономической экспертизы специалистом-экспертом составляется акт медико-экономической экспертизы (приложение 2 к настоящему Порядку) в двух экземплярах: один передается в медицинскую организацию, один экземпляр остается в страховой медицинской организации/территориальном фонде обязательного медицинского страхования.

В соответствии с частью 9 статьи 40 Федерального закона результаты медико-экономической экспертизы, оформленные соответствующим актом по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку), а также могут являться основанием для проведения экспертизы качества медицинской помощи.

## V. Экспертиза качества медицинской помощи

20. В соответствии с частью 6 статьи 40 Федерального закона экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

21. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, сложившейся клинической практике.

22. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр

экспертов качества медицинской помощи (пункт 81 раздела XIII настоящего Порядка) по поручению территориального фонда обязательного медицинского страхования или страховой медицинской организации.

23. Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в виде:

- а) целевой экспертизы качества медицинской помощи;
- б) плановой экспертизы качества медицинской помощи.

24. Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в течение месяца после предоставления страхового случая (медицинских услуг) к оплате, за исключением случаев, определенных действующим законодательством, и случаев, изложенных в подпункте "е" пункта 25 настоящего раздела.

25. Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в случаях:

- а) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;
- б) необходимости подтверждения объема и качества медицинской помощи по случаям, отобранным при медико-экономическом контроле и медико-экономической экспертизе;
- в) летальных исходов при оказании медицинской помощи;
- г) внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания;
- д) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
- е) повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации;
- ж) заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи.

26. При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи по случаям, отобранным по результатам целевой медико-экономической экспертизы, общие сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи могут увеличиваться до шести месяцев с момента предоставления счета на оплату.

При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи по случаям повторного обращения (госпитализации) по поводу одного и того же заболевания установленные сроки исчисляются с момента предоставления на оплату счета, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации).

Сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи с момента предоставления счета на оплату не ограничиваются по случаям жалоб застрахованных лиц или их представителей, летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений заболеваний, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей.

27. Проведение целевой экспертизы качества медицинской помощи в случае поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи и осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 2 мая 2006 года N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" и иными нормативными правовыми актами, регламентирующими работу с обращениями граждан.

28. Количество целевых экспертиз качества медицинской помощи определяется количеством случаев, требующих ее проведения по указанным в настоящем Порядке основаниям.

29. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится с целью оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, заболеванию или группе заболеваний, этапу медицинской помощи и другим признакам, условиям, предусмотренным договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

30. Объем плановой экспертизы качества медицинской помощи определяется договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и составляет не менее:

в стационаре - 5% от числа законченных случаев лечения;

в дневном стационаре - 3% от числа законченных случаев лечения;

при оказании амбулаторно-поликлинической помощи - 0,5% от числа законченных случаев лечения по результатам медико-экономического контроля.

31. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится по случаям оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, отобраным:

а) методом случайной выборки;

б) по тематически однородной совокупности случаев.

32. Плановая экспертиза качества медицинской помощи методом случайной выборки проводится для оценки характера, частоты и причин нарушений прав застрахованных лиц на своевременное получение медицинской помощи установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования объема и качества, в том числе обусловленных неправильным выполнением медицинских технологий, повлекших ухудшение состояния здоровья застрахованного лица, дополнительный риск неблагоприятных последствий для его здоровья, неоптимальное расходование ресурсов медицинской организации, неудовлетворенность медицинской помощью застрахованных лиц.

33. Плановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи проводится в отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, отобранных по тематическим признакам в каждой медицинской организации или группе медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь

по обязательному медицинскому страхованию одного вида или в одних условиях.

Выбор тематики осуществляется на основании показателей деятельности медицинских организаций, их структурных подразделений и профильных направлений деятельности:

а) больничной летальности, частоты послеоперационных осложнений, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей, частоты повторных госпитализаций, средней продолжительности лечения, стоимости медицинских услуг и других показателей;

б) результатов внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи.

34. Плановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи направлена на решение следующих задач:

а) выявление, установление характера и причин типичных (повторяющихся, систематических) ошибок в лечебно-диагностическом процессе;

б) сравнение качества медицинской помощи, предоставленной группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, полу и другим признакам.

35. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится в каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, не реже одного раза в течение календарного года в сроки, определенные планом проверок (пункт 51 раздела VII настоящего Порядка).

36. Экспертиза качества медицинской помощи может проводиться в период оказания застрахованному лицу медицинской помощи (далее - очная экспертиза качества медицинской помощи), в том числе по обращению застрахованного лица или его представителя. Основной целью очной экспертизы качества медицинской помощи является предотвращение и/или минимизация отрицательного влияния на состояние здоровья пациента дефектов медицинской помощи.

Экспертом качества медицинской помощи с уведомлением администрации медицинской организации может проводиться обход подразделений медицинской организации с целью контроля условий оказания медицинской помощи, подготовки материалов для экспертного заключения, а также консультирования застрахованного лица.

При консультировании обратившееся застрахованное лицо информируется о состоянии его здоровья, степени соответствия оказываемой медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с разъяснением его прав в соответствии с законодательством Российской Федерации.

37. Экспертом качества медицинской помощи, осуществлявшим проведение экспертизы качества медицинской помощи, оформляется экспертное заключение, содержащее описание проведения и результаты



экспертизы качества медицинской помощи, на основании которого составляется акт экспертизы качества медицинской помощи.

В соответствии с частями 9 и 10 статьи 40 Федерального закона результаты экспертизы качества медицинской помощи, оформленные соответствующим актом по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (приложения 5, 6 к настоящему Порядку), являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку).

На основании актов экспертизы качества медицинской помощи уполномоченными органами принимаются меры по улучшению качества медицинской помощи.

#### VI. Порядок осуществления территориальным фондом обязательного медицинского страхования контроля за деятельностью страховых медицинских организаций

38. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования на основании части 11 статьи 40 Федерального закона осуществляет контроль за деятельностью страховых медицинских организаций путем организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно.

39. Повторные медико-экономическая экспертиза или экспертиза качества медицинской помощи (далее - реэкспертиза) - проводимая другим специалистом-экспертом медико-экономическая экспертиза или другим экспертом качества медицинской помощи экспертиза качества медицинской помощи с целью проверки обоснованности и достоверности выводов по ранее принятым заключениям, сделанным специалистом-экспертом или экспертом качества медицинской помощи, первично проводившим медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи.

Повторная экспертиза качества медицинской помощи может осуществляться параллельно или последовательно с первой тем же методом, но другим экспертом качества медицинской помощи.

40. Задачами реэкспертизы являются:

а) проверка обоснованности и достоверности заключения специалиста-эксперта или эксперта качества медицинской помощи, первично проводившего медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи;

б) контроль деятельности отдельных специалистов-экспертов/экспертов качества медицинской помощи.

41. Реэкспертиза проводится в случаях:

а) проведения территориальным фондом обязательного медицинского страхования документальной проверки организации обязательного медицинского страхования страховой медицинской организацией;

б) выявления нарушений в организации контроля со стороны страховой медицинской организации;

в) необоснованности и/или недостоверности заключения эксперта качества медицинской помощи, проводившего экспертизу качества медицинской помощи;

г) поступления претензии от медицинской организации, не урегулированной со страховой медицинской организацией (пункт 73 раздела XI настоящего Порядка).

42. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования уведомляет страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию о проведении реэкспертизы не позднее чем за 5 рабочих дней до начала работы.

Для проведения реэкспертизы территориальному фонду обязательного медицинского страхования в течение 5 рабочих дней после получения соответствующего запроса страховая медицинская организация и медицинская организация обязаны предоставить:

страховая медицинская организация - необходимые для проведения реэкспертизы копии актов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;

медицинская организация - медицинскую, учетно-отчетную и прочую документацию, при необходимости результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи, в том числе проведенного органом управления здравоохранением.

43. Количество случаев, подвергаемых реэкспертизе, составляет не менее 20% от числа всех экспертиз за соответствующий период времени.

44. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования направляет оформленные актом (приложение 7 к настоящему Порядку) результаты проведения реэкспертизы в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию в срок не позднее 20 рабочих дней после окончания проверки. Страховая медицинская организация и медицинская организация обязаны рассмотреть указанные акты в течение 20 рабочих дней с момента их получения.

45. Страховая медицинская организация и медицинская организация в случае отсутствия согласия с результатами проведенной реэкспертизы направляют в территориальный фонд обязательного медицинского страхования подписанный акт с протоколом разногласий не позже 10 рабочих дней с даты получения акта.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования в течение 30 рабочих дней с даты получения рассматривает акт с протоколом разногласий с привлечением заинтересованных сторон.

46. В соответствии с частью 14 статьи 38 Федерального закона территориальный фонд обязательного медицинского страхования в случае

выявления нарушений договорных обязательств со стороны страховой медицинской организации при возмещении ей затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств.

Перечень санкций за нарушения договорных обязательств устанавливается договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемым между территориальным фондом обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организацией.

В соответствии с указанным договором в случае выявления нарушений в деятельности страховой медицинской организации территориальный фонд обязательного медицинского страхования использует меры, применяемые к страховой медицинской организации в соответствии с частью 13 статьи 38 Федерального закона и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования или признает применяемые страховой медицинской организацией к медицинской организации меры необоснованными.

47. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования при выявлении нарушений в организации и проведении медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи направляет в страховую медицинскую организацию претензию, которая содержит сведения о проведенном контроле за деятельностью страховой медицинской организации:

- а) наименование комиссии территориального фонда обязательного медицинского страхования;
- б) дату (период) проверки страховой медицинской организации;
- в) состав комиссии территориального фонда обязательного медицинского страхования;
- г) нормативные правовые акты, являющиеся основанием для проведения контроля за деятельностью страховой медицинской организации по организации и проведению контроля и причины проведения контроля;
- д) факты ненадлежащего выполнения страховой медицинской организацией договорных обязательств по организации и проведению контроля с указанием актов реэкспертизы;
- е) меру ответственности страховой медицинской организации за выявленные нарушения;
- ж) приложения (копии актов реэкспертизы и другое).

Претензия подписывается директором территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Исполнение по претензии осуществляется в течение 30 рабочих дней с даты ее получения страховой медицинской организацией, о чем информируется территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

48. В случае выявления территориальным фондом обязательного медицинского страхования при проведении реэкспертизы нарушений, пропущенных страховой медицинской организацией в ходе медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи, страховая медицинская организация утрачивает право использования мер, применяемых к медицинской организации, по своевременно не обнаруженному

дефекту медицинской помощи и/или нарушению при оказании медицинской помощи.

49. Медицинская организация возвращает средства в сумме, определенной актом реэкспертизы, в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования.

50. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования проводит анализ обращений застрахованных лиц, их представителей и других субъектов обязательного медицинского страхования по результатам контроля, проводимого страховой медицинской организацией.

## VII. Взаимодействие субъектов контроля

51. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования осуществляет координацию взаимодействия субъектов контроля на территории субъекта Российской Федерации, проводит организационно-методическую работу, обеспечивающую функционирование контроля и защиту прав застрахованных лиц, согласовывает планы деятельности страховых медицинских организаций в части организации и проведения контроля, в том числе планы проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

52. При проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи медицинская организация предоставляет специалистам-экспертам и экспертам качества медицинской помощи в течение 5 рабочих дней после получения соответствующего запроса медицинскую, учетно-отчетную и прочую документацию, при необходимости результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи.

53. В соответствии с частью 8 статьи 40 Федерального закона медицинская организация не вправе препятствовать доступу специалистов-экспертов и экспертов качества медицинской помощи к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи и обязана предоставлять запрашиваемую информацию.

54. Работники, участвующие в осуществлении контроля, несут ответственность за разглашение конфиденциальной информации ограниченного доступа в соответствии с законодательством Российской Федерации.

55. На основании статьи 42 Федерального закона решение спорных и конфликтных вопросов, возникающих в ходе контроля между медицинской организацией и страховой медицинской организацией осуществляется территориальным фондом обязательного медицинского страхования.

О результатах решения спорных и конфликтных вопросов, о нарушениях в организации и проведении контроля, в оказании медицинской помощи в медицинской организации комиссия информирует заинтересованные стороны и орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

### VIII. Учет и использование результатов контроля

56. Отчеты о результатах проведенного контроля предоставляются страховыми медицинскими организациями в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Страховая медицинская организация и территориальный фонд обязательного медицинского страхования ведут учет актов контроля.

Учетными документами могут являться реестры актов медико-экономического контроля (приложение 2 к настоящему Порядку), медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Результаты контроля в форме актов в течение 5 рабочих дней передаются в медицинскую организацию.

Возможно ведение электронного документооборота между субъектами контроля с использованием электронно-цифровой подписи.

57. В случае, когда акт доставляется в медицинскую организацию лично представителем страховой медицинской организации/территориального фонда обязательного медицинского страхования, на всех экземплярах акта ставится отметка о получении с указанием даты и подписью получателя. При отправке акта по почте, указанный документ направляется заказным письмом (с составлением описи) с уведомлением.

Акт может быть направлен в медицинскую организацию в электронной форме при наличии гарантий его достоверности (подлинности), защиты от несанкционированного доступа и искажений.

58. Руководитель медицинской организации или лицо, его замещающее, рассматривает акт в течение 15 рабочих дней с момента его получения.

При согласии медицинской организации с актом и мерами, применяемыми к медицинской организации, все экземпляры актов подписываются руководителем медицинской организации, заверяются печатью, и один экземпляр направляется в страховую медицинскую организацию/территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

При несогласии медицинской организации с актом, подписанный акт возвращается в страховую медицинскую организацию с протоколом разногласий.

59. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования на основе анализа деятельности субъектов контроля разрабатывает предложения, способствующие повышению качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов обязательного медицинского страхования и информирует орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения и территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

60. В соответствии со статьей 31 Федерального закона предъявление претензии или иска к лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи страховой медицинской организацией осуществляется на основании

результатов проведения экспертизы качества медицинской помощи, оформленных соответствующим актом.

#### IX. Порядок информирования застрахованных лиц о выявленных нарушениях в предоставлении медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования

61. В целях обеспечения прав на получение доступной и качественной медицинской помощи застрахованные лица информируются медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами обязательного медицинского страхования о выявленных нарушениях в предоставлении медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования, в том числе по результатам контроля.

62. Работа с обращениями граждан в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования, территориальных фондах обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организациях проводится в соответствии с Федеральным законом от 2 мая 2006 года N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" и иными нормативными правовыми актами, регламентирующими работу с обращениями граждан.

63. При поступлении в страховую медицинскую организацию или территориальный фонд обязательного медицинского страхования жалобы застрахованного лица или его представителя на оказание медицинской помощи ненадлежащего качества результаты рассмотрения жалобы по итогам экспертизы качества медицинской помощи направляются в его адрес.

64. В страховых медицинских организациях, организующих службу представителей страховых медицинских организаций по осуществлению в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования, работы по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, представители страховых медицинских организаций принимают участие в подготовке и размещении информационных материалов по защите прав застрахованных лиц и результатам контроля, а также обеспечивают получающих в медицинских организациях медицинскую помощь застрахованных лиц информационно-разъяснительными материалами по вопросам их прав.

#### X. Порядок применения санкций к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля

65. На основании части 1 статьи 41 Федерального закона сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, 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, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с настоящим Порядком.

66. Результатом контроля в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) являются:

а) неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи в виде:

исключения позиции из реестра счетов, подлежащих оплате объемов медицинской помощи;

уменьшения сумм, представленных к оплате, в процентах от стоимости оказанной медицинской помощи по страховому случаю;

возврата сумм, не подлежащих оплате, в страховую медицинскую организацию;

б) уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (по страховому случаю, при котором выявлены дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи).

67. Неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи и уплата медицинской организацией штрафов в соответствии с подпунктом б) пункта 66 настоящего раздела в зависимости от вида выявленных дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи могут применяться отдельно или одновременно.

68. При выявлении нарушений договорных обязательств в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи страховая медицинская организация частично или полностью не возмещает затраты медицинской организации по оказанию медицинской помощи, уменьшая последующие платежи по счетам медицинской организации на сумму выявленных дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи или требует возврата сумм в страховую медицинскую организацию.

Сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, либо подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

69. За неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация уплачивает страховой медицинской организации штраф в размере, устанавливаемом по указанному договору и в соответствии с

перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи (приложение 8 к настоящему Порядку).

70. При наличии в одном и том же случае оказания медицинской помощи двух и более оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения оплаты медицинской помощи к медицинской организации применяется одно - наиболее существенное основание, влекущее больший размер неоплаты, или отказ в оплате. Суммирование размера неполной оплаты медицинских услуг по одному страховому случаю не производится.

71. Неоплата или неполная оплата медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества не освобождает медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного по вине медицинской организации, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

72. Средства, поступившие в результате применения санкций к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля, расходуются в соответствии с Федеральным законом.

#### XI. Обжалование медицинской организацией заключения страховой медицинской организации по результатам контроля

73. В соответствии со статьей 42 Федерального закона медицинская организация имеет право обжаловать заключение страховой медицинской организации по результатам контроля в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации путем направления претензии в территориальный фонд обязательного медицинского страхования по рекомендуемому образцу (приложение 9 к настоящему Порядку).

Претензия оформляется в письменном виде и направляется вместе с необходимыми материалами в территориальный фонд обязательного медицинского страхования. Медицинская организация обязана предоставить в территориальный фонд обязательного медицинского страхования:

- а) обоснование претензии;
- б) перечень вопросов по каждому оспариваемому случаю;
- в) материалы внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи в медицинской организации.

74. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования в течение 30 рабочих дней с даты поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации документы и организует проведение повторных медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, которые в соответствии с частью 4 статьи 42 Федерального закона оформляются решением территориального фонда.

75. Решение территориального фонда обязательного медицинского страхования, признающее правоту медицинской организации, является



основанием для отмены (изменения) решения о неоплате, неполной оплате медицинской помощи и/или об уплате медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам первичной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи.

Изменение финансирования по результатам рассмотрения спорных случаев проводится страховой медицинской организацией в срок не позднее 30 рабочих дней (в период окончательного расчета с медицинской организацией за отчетный период).

76. При несогласии медицинской организации с решением территориального фонда она вправе обжаловать это решение в судебном порядке.

ХII. Организация территориальным фондом обязательного медицинского страхования контроля при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования

77. Организация территориальным фондом обязательного медицинского страхования контроля при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с разделами III - V настоящего Порядка.

ХIII. Работники, осуществляющие медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи

78. В соответствии с частью 5 статьи 40 Федерального закона медико-экономическую экспертизу осуществляет специалист-эксперт, являющийся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

79. Основными задачами специалиста-эксперта являются:

а) контроль соответствия предоставленной медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию путем установления соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объемов предоставленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации;

б) участие в организации и проведении экспертизы качества медицинской помощи и обеспечении гарантий прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи надлежащего качества.

80. Основными функциями специалиста-эксперта являются:

а) выборочный контроль объемов медицинской помощи по страховым случаям путем сопоставления фактических данных об оказанных застрахованному лицу медицинских услугах с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи;

б) отбор случаев для экспертизы качества медицинской помощи и обоснование необходимости ее проведения, подготовка документации, необходимой эксперту качества медицинской помощи для проведения экспертизы качества медицинской помощи;

в) подготовка материалов используемой методической базы для экспертизы качества медицинской помощи (порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, клинические протоколы, методические рекомендации и другое);

г) обобщение, анализ заключений, подготовленных экспертом качества медицинской помощи, участие в подготовке акта установленной формы или подготовка акта установленной формы;

д) подготовка предложений по предъявлению претензий или исков к медицинской организации по возмещению вреда, причиненного застрахованным лицам, и санкций, применяемых к медицинской организации;

е) ознакомление руководства медицинской организации с результатами медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;

ж) обобщение и анализ результатов контроля, подготовка предложений по осуществлению целевых и тематических медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи;

з) оценка удовлетворенности застрахованных лиц организацией, условиями и качеством оказанной медицинской помощи.

81. Экспертизу качества медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 40 Федерального закона осуществляет эксперт качества медицинской помощи, являющийся врачом-специалистом, имеющим высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, включенный в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи (пункт 84 настоящего раздела).

Эксперт качества медицинской помощи проводит экспертизу качества медицинской помощи по своей основной медицинской специальности, определенной дипломом, свидетельством об аккредитации специалиста или сертификатом специалиста.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи эксперт качества медицинской помощи имеет право на сохранение анонимности/конфиденциальности.

82. Основной задачей эксперта качества медицинской помощи является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью выявления

дефектов медицинской помощи, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, установление причинно-следственных связей выявленных дефектов медицинской помощи, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи в обязательном медицинском страховании.

Эксперт качества медицинской помощи не привлекается к экспертизе качества медицинской помощи в медицинской организации, с которой он состоит в трудовых или иных договорных отношениях, и обязан отказаться от проведения экспертизы качества медицинской помощи в случаях, когда пациент является (являлся) его родственником или больным, в лечении которого эксперт качества медицинской помощи принимал участие.

83. Эксперт качества медицинской помощи при проведении экспертизы качества медицинской помощи:

а) использует медицинские документы, содержащие описание лечебно-диагностического процесса, при необходимости выполняет осмотр пациентов;

б) предоставляет сведения об используемых нормативных документах (порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, клинические протоколы, методические рекомендации) по требованию должностных лиц медицинской организации, в которой проводится экспертиза качества медицинской помощи;

в) соблюдает правила врачебной этики и деонтологии, сохраняет врачебную тайну и обеспечивает сохранность полученных во временное пользование медицинских документов и их своевременный возврат организатору экспертизы качества медицинской помощи или в медицинскую организацию;

г) обсуждает с лечащим врачом и руководством медицинской организации предварительные результаты экспертизы качества медицинской помощи.

84. Территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи содержит сведения об экспертах качества медицинской помощи, осуществляющих экспертизу качества медицинской помощи в рамках контроля в субъекте Российской Федерации, и является сегментом единого реестра экспертов качества медицинской помощи.

Ведение территориального реестра экспертов качества медицинской помощи осуществляется территориальными фондами обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 9 части 7 статьи 34 Федерального закона на основе единых организационных, методологических и программно-технических принципов.

Ответственность за нарушения в ведении территориального реестра экспертов качества медицинской помощи несет директор территориального фонда обязательного медицинского страхования.

В соответствии с пунктом 11 части 8 статьи 33 Федерального закона Федеральный фонд обязательного медицинского страхования ведет единый реестр экспертов качества медицинской помощи, являющийся совокупностью

электронных баз данных территориальных реестров экспертов качества медицинской помощи.

*Приложение 1*

Акт\* <\*> медико-экономического контроля

Заголовочная часть:

Номер Акта, дата его составления.  
Наименование страховой медицинской организации.  
Наименование медицинской организации.  
Номер реестра счетов, период, за который он предоставлен.

Содержательная часть

Характеристика реестра оказанной медицинской помощи: число оказанных медицинских услуг, суммарная стоимость медицинских услуг, предоставленных к оплате.

Констатация соответствия (несоответствия) данных счета-фактуры реестру оказанной медицинской помощи.

Констатация соответствия (несоответствия) тарифов, указанных в реестре оказанной медицинской помощи, утвержденным тарифам.

Констатация соответствия (несоответствия) видов и профилей оказанной медицинской помощи лицензии медицинского учреждения.

Результаты автоматизированного медико-экономического контроля: число выявленных записей, содержащих сведения о дефектах медицинской помощи/нарушениях при оказании медицинской помощи и их стоимость.

Расшифровка выявленных дефектов медицинской помощи/нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с Перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи (приложение 8 к настоящему Порядку) с указанием заявленной суммы для оплаты (может представляться в табличном виде).

Сумма, исключаемая из оплаты, по результатам проведенного медико-экономического контроля.

Сумма финансовых санкций за дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи <\*>.

Итоговая сумма, принятая к оплате.

Заверительная часть

Должность, подпись работника, проводившего медико-экономический контроль.

Должность, подпись ответственного лица страховой медицинской организации (территориального фонда обязательного медицинского страхования), утверждающего Акт.

Должность, подпись руководителя медицинской организации, ознакомившегося с Актом.

\* По данной форме заполняется акт также и при проведении повторного медико-экономического контроля.

Табличная форма акта N \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ (дата)  
 медико-экономического контроля счета N \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
 за оказанную медицинскую помощь  
 в медицинской организации: \_\_\_\_\_  
 (наименование)

Перечень отклоненных позиций к оплате в счете (реестре) с разбивкой по:  
 - коду специалиста медицинской организации  
 - коду профиля отделения (для медицинской организации, оказывающей  
 стационарную помощь, - койки)

№ п/п в ре- естре	№ полиса обязатель- ного меди- цинского страхования	Код по МКБ- 10	Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Код дефекта/ нарушения	Расшифровка кода дефекта/ нарушения	Сумма неоплаты (руб.)
Итого по акту на сумму							
в т.ч. по коду:							

Профиль отделения (койки) или специалиста	Предоставлено к оплате		Отказано в оплате		Принято к оплате		Оплатить	
	кол-во	сумма	кол-во	сумма	кол-во	сумма	кол-во	сумма

Итого по счету: \_\_\_\_\_

Исполнитель \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ расшифровка подписи

Руководитель страховой медицинской организации/директор территориального фонда  
 обязательного медицинского страхования

\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ расшифровка подписи

М.П.

Должность, подпись руководителя медицинской организации, ознакомившегося  
 с Актом \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**Рекомендуемый образец**

Реестр актов медико-экономического контроля

Период \_\_\_\_\_ 201\_ г. - \_\_\_\_\_ 201\_ г.  
 Вид медико-экономического контроля: \_\_\_\_\_ (первичный - 1, повторный - 2)  
 Наименование и код СМО (ТФ), получившего счета от медицинской организации

\_\_\_\_\_  
 Название и код территории местонахождения СМО (ТФ)

\_\_\_\_\_  
 Наименование, местонахождение и код медицинской организации, предоставившей счет

\_\_\_\_\_  
 Код

На анализ предоставлены реестры счетов (счета) за медицинские услуги, оказанные застрахованным лицам.

Всего предоставлено счетов на сумму \_\_\_\_\_ руб.

Предоставленные для медико-экономического контроля счета включают:

За стационарную медицинскую помощь:

счет (ов) \_\_\_\_\_ реестров счетов \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ на сумму \_\_\_\_\_ руб.

За медицинскую помощь, оказанную в дневном стационаре:

\_\_\_\_\_ реестров счетов  
 \_\_\_\_\_ счетов \_\_\_\_\_ на сумму \_\_\_\_\_ руб.

За амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь (в т.ч. стоматологические и параклинические услуги):

счет (ов) \_\_\_\_\_ реестров счетов \_\_\_\_\_  
 на сумму \_\_\_\_\_ руб.

1. Согласовано к оплате всего:

Счетов \_\_\_\_\_ на сумму \_\_\_\_\_ руб.

реестров счетов на сумму: \_\_\_\_\_ руб.

В т.ч.: за стационарную медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ счетов

за мед. помощь в дневном стационаре на сумму: \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ счетов

за амбулаторно-поликлиническую мед. помощь на сумму: \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ счетов

2. Не согласовано к оплате реестров счетов на сумму: \_\_\_\_\_ руб.

В т.ч.: за стационарную медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ счетов

за медицинскую помощь в дневном стационаре на сумму: \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ счетов

за амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_\_ руб.  
 \_\_\_\_\_ счетов

за превышение согласованных объемов медицинских услуг на сумму: \_\_\_\_\_ руб.

2.1. Не подлежит оплате \_\_\_\_\_ счетов на сумму \_\_\_\_\_ руб.

2.1.1. за стационарную медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ счетов

Код структурного подразделения	Код отделения или профиля коек (для стационарной медицинской помощи)	№ индивидуального счета	Период (месяц)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код территории страхования	Код причины отказа в оплате	Сумма, подлежащая отказу в оплате	Код финансовых санкций	Сумма финансовых санкций	Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

2.1.2. за медицинскую помощь в дневном стационаре на сумму: \_\_\_\_\_ руб.  
 \_\_\_\_\_ счетов

**Обязанности, права и ответственность медицинских организаций  
в сфере обязательного медицинского страхования**

Код структурного подразделения	Код отделения или профиля коек (для ДС)	№ индивидуального счета	Период (месяц)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код территории страхования	Код причины отказа в оплате	Сумма, подлежащая отказу в оплате	Код финансовых санкций	Сумма финансовых санкций	Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

2.1.3. за амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_ руб.  
\_\_\_\_ счетов

Код структурного подразделения	Код отделения или профиля коек (для ДС)	№ индивидуального счета	Период (месяц)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код территории страхования	Код причины отказа в оплате	Сумма, подлежащая отказу в оплате	Код финансовых санкций	Сумма финансовых санкций	Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

2.2. Подлежит приостановлению оплаты \_\_\_\_\_ счетов на сумму: \_\_\_\_\_ руб.:  
с проведением экспертизы качества медицинской помощи или повторного  
медико-экономического контроля:

В т.ч.: за стационарную медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ счетов  
за медицинскую помощь в дневном стационаре на сумму: \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ счетов  
за амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_\_ руб.  
\_\_\_\_\_ счетов

Код структурного подразделения	Код отделения или профиля коек для (стационарной медицинской помощи и ДС), код услуги для (поликлинические, стоматологические и параклинические услуги)	№ индивидуального счета	Период (месяц)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код территории страхования	Коды нарушений, явившихся причиной приостановления оплаты	Поводы для приостановления оплаты	Сумма
1	2	3	4	5	6	7	8	9

2.3. Не принято к оплате в связи с превышением согласованных объемов  
медицинских услуг на общую сумму \_\_\_\_\_ руб.:

В т.ч.: за стационарную медицинскую помощь на сумму \_\_\_\_\_ руб.;  
за медицинскую помощь в дневном стационаре на сумму \_\_\_\_\_ руб.;  
за амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь на сумму \_\_\_\_\_  
руб.





Рекомендуемый образец

Реестр актов медико-экономической экспертизы  
№ \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ г.

Медицинская организация \_\_\_\_\_

Сумма по счету \_\_\_\_\_

1. Количество рассмотренной медицинской документации \_\_\_\_\_ (кол-во амб. карт, ист. болезни и т.п.)

2. Выявлено несоответствие счета записям на сумму \_\_\_\_\_ руб.

3. Выявлено дефектов медицинской помощи/нарушений при оказании медицинской помощи: \_\_\_\_\_

Далее указываются все выявленные дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи в соответствии с Перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи (приложение 8 к настоящему Порядку) с указанием конкретной суммы.

Всего не подлежит оплате сумма \_\_\_\_\_ руб. Всего подлежит оплате: \_\_\_\_\_ руб.

Итого к оплате: \_\_\_\_\_ руб.

Специалист-эксперт \_\_\_\_\_

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ г.

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

М.П.

Приложение 5

Акт экспертизы качества медицинской помощи (целевой)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ г.

Экспертом качества медицинской помощи

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. эксперта)  
по поручению

\_\_\_\_\_ (наименование направившей организации)

Поручение № \_\_\_\_\_

в связи с \_\_\_\_\_ (повод для проверки - жалоба, претензия и т.д.)

произведена целевая экспертиза качества медицинской помощи с целью выявления нарушений прав застрахованного лица \_\_\_\_\_,

№ полиса обязательного  
медицинского страхования

Место работы \_\_\_\_\_

Место оказания медицинской помощи

\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации, отделения)

Ф.И.О. лечащего врача \_\_\_\_\_

Медицинская документация (история болезни, амбулаторная карта)

№ \_\_\_\_\_

Период оказания медицинской помощи:

с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ г. по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ г.

Диагноз, установленный медицинской организацией

\_\_\_\_\_

КРАТКОЕ ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**Обязанности, права и ответственность медицинских организаций  
в сфере обязательного медицинского страхования**

(готовится на основании экспертного заключения - Приложение к акту целевой экспертизы качества медицинской помощи) :

Выявленные дефекты медицинской помощи

Выводы

Рекомендации

Неоплачиваемых (койко-дней, пациенто-дней, посещений) :

По итогам проверки проведен разбор данного случая с руководством медицинской организации.

Подпись эксперта качества медицинской помощи \_\_\_\_\_

Подпись представителя страховой медицинской организации (территориального фонда обязательного медицинского страхования) \_\_\_\_\_

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

С актом экспертизы ознакомлен \_\_\_\_\_  
(подпись главного врача)

М.П.

Составляется в двух экземплярах

*Приложение  
к акту целевой экспертизы  
качества медицинской помощи*

Экспертное заключение (протокол оценки качества  
медицинской помощи)

Наименование проверяющей организации \_\_\_\_\_

История болезни N \_\_\_\_\_, а/карта \_\_\_\_\_, лечащий врач \_\_\_\_\_

N полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес застрахованного лица \_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Счет N \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ г.

Длительность лечения (к/дни) всего \_\_\_\_\_ Стоимость всего \_\_\_\_\_ руб.

отделение \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_, к/д. \_\_\_\_\_;

отделение \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_, к/д. \_\_\_\_\_;

отделение \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_, к/д. \_\_\_\_\_.

Эксперт \_\_\_\_\_ Дата экспертизы "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ г.

Поступление: экстренное, плановое.

Исход случая: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть, самовольный уход, переведен (направлен) на госпитализацию (куда), другое

Операция \_\_\_\_\_, дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ г.

Диагноз клинический заключительный:

основной \_\_\_\_\_

осложнение \_\_\_\_\_

сопутствующий \_\_\_\_\_

Диагноз патологоанатомический:

**Обязанности, права и ответственность медицинских организаций  
в сфере обязательного медицинского страхования**

основной \_\_\_\_\_

осложнение \_\_\_\_\_

сопутствующий \_\_\_\_\_

I. СБОР ИНФОРМАЦИИ (расспрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, консилиум).

Обоснование негативных следствий ошибок в сборе информации:

II. ДИАГНОЗ (формулировка, содержание, время постановки)  
основной \_\_\_\_\_

осложнение \_\_\_\_\_

сопутствующий \_\_\_\_\_

Обоснование негативных последствий ошибок в диагнозе:

III. ЛЕЧЕНИЕ (хирургическое, в т.ч. родовспоможение, медикаментозное, прочие виды и способы лечения)

Обоснование негативных последствий ошибок в лечении:

IV. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ (обоснованность поступления, длительности лечения, перевод, содержание рекомендаций)

Обоснование негативных последствий ошибок в преемственности лечения:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ эксперта качества медицинской помощи:

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ОШИБКИ

Представитель медицинской организации:

\_\_\_\_\_ (должность)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Эксперт качества медицинской помощи:

\_\_\_\_\_ (должность)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

М.П.

*Приложение 6*

Акт экспертизы качества медицинской помощи (плановой)

В \_\_\_\_\_  
название медицинской организации, адрес

в соответствии с договором от \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
Организация, проводившая проверку:

Ф.И.О. эксперта качества медицинской помощи (или идентификационный номер):

Объект проверки: \_\_\_\_\_

Проверяемый период: с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Дата проведения экспертизы:

Выявленные дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи (в соответствии с Перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи – Приложение 8 к настоящему Порядку) и размер санкций:

**Обязанности, права и ответственность медицинских организаций  
в сфере обязательного медицинского страхования**

N п/п	N полиса обязательного медицинского страхования	Вид, N медицинской документации	Дефекты медицинской помощи/нарушения		Размер санкций	
			Название	Код	%	сумма

Всего проверено случаев оказания медицинской помощи:

Из них признано содержащими дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи:

Санкции налагаются по \_\_\_\_\_ случаям на  
сумму \_\_\_\_\_ руб.

Выводы:

Рекомендации:

Руководитель СМО: \_\_\_\_\_ Руководитель медицинской организации: \_\_\_\_\_

Представитель МО: \_\_\_\_\_

Эксперт: \_\_\_\_\_

*Приложение 7*

Акт реэкспертизы\* по результатам медико-экономической  
экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи  
(нужное подчеркнуть)

На основании приказа директора территориального фонда обязательного  
медицинского страхования \_\_\_\_\_ (название)

от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ г. N \_\_\_\_\_

Экспертами (специалист-эксперт/эксперт качества медицинской помощи -  
нужное подчеркнуть): \_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_ (ФИО)

проведена реэкспертиза по результатам МЭЭ/ЭКМП (нужное подчеркнуть),  
проведенной СМО \_\_\_\_\_

наименование СМО

Адрес местонахождения СМО \_\_\_\_\_

Дата проведения проверки \_\_\_\_\_

Проверка проведена за период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ г. по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ г.  
в медицинской организации

наименование медицинской организации, город, район

Принято к оплате \_\_\_\_\_ счетов за пролеченных застрахованных

из них: стационарной помощи - \_\_\_\_\_,

медицинской помощи в дневном стационаре - \_\_\_\_\_,

амбулаторно-поликлинической помощи - \_\_\_\_\_.

СМО проведена МЭЭ/ЭКМП (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_ случаев (\_\_\_%):

из них: стационарной помощи - \_\_\_\_\_ случаев (\_\_\_%),

медицинской помощи в дневном стационаре - \_\_\_\_\_ случаев (\_\_\_%),

амбулаторно-поликлинической помощи - \_\_\_\_\_ случаев (\_\_\_%).

При этом СМО выявлено \_\_\_\_\_ случаев (\_\_\_%) нарушений, допущенных  
при предоставлении застрахованным лицам медицинской помощи.

1. Проведена реэкспертиза \_\_\_\_\_ случаев (\_\_\_%).

2. При реэкспертизе \_\_\_\_\_ случаев, признанных СМО удовлетворительными,  
экспертное заключение специалистов ТФОМС совпало с экспертным заключением  
СМО в \_\_\_\_\_ случаях (\_\_\_%), а именно:

\* повторной экспертизы.

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования	№ медицинской карты стационарного, амбулаторного больного	Период лечения	Код лечебного отделения	Диагноз или код МКБ-10

2.1. По \_\_\_\_\_ случаям (\_\_\_%) специалистами территориального фонда обязательного медицинского страхования выявлены нарушения, допущенные медицинской организацией, но не выявленные СМО.

Описание конкретного случая выявленного нарушения включает:

- № п/п, № полиса обязательного медицинского страхования, период лечения, количество койко-дней (посещений, услуг, УЕТ), тариф законченного случая, диагноз (основной, сопутствующий), категория (работающий, неработающий);

- дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи в соответствии с приложением 10 к настоящему Порядку, допущенные медицинской организацией, но не выявленные СМО;

- экспертное заключение специалистов территориального фонда обязательного медицинского страхования формулируется согласно договору со СМО с указанием номера пункта перечня нарушений и сумм финансовых санкций, наименования нарушений.

Сумма по счету \_\_\_\_\_ руб., сумма финансовых санкций \_\_\_\_\_ руб.

3. Проведена реэкспертиза \_\_\_\_\_ случаев с выявленными СМО нарушениями в медицинской организации и оказании медицинской помощи застрахованным лицам.

По \_\_\_\_\_ случаям (\_\_\_%) экспертное заключение СМО совпало с экспертным заключением специалистов территориального фонда обязательного медицинского страхования, а именно:

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования	№ медицинской карты стационарного, амбулаторного больного	Период лечения	Код лечебного отделения	Диагноз или код МКБ-10

3.1. По \_\_\_\_\_ случаям (\_\_\_%) специалистами территориального фонда обязательного медицинского страхования выявлены нарушения, допущенные специалистами СМО при МЭЭ/ЭКМП (нужное подчеркнуть).

Описание конкретного случая выявленного нарушения включает:

- № п/п, № полиса обязательного медицинского страхования, период лечения, количество койко-дней (посещений, услуг, УЕТ), тариф, диагноз (основной, сопутствующий), категорию (работающий, неработающий);

- суть выявленного СМО нарушения;

- экспертное заключение, принятое СМО с указанием суммы недоплаты;

- нарушение, допущенное СМО при организации и проведении МЭЭ/ЭКМП.

Экспертное заключение специалистов территориального фонда обязательного медицинского страхования формулируется согласно договору с СМО с указанием номера пункта перечня нарушений и сумм финансовых санкций, наименования нарушений.

Сумма по счету \_\_\_\_\_ руб.

Необоснованно удержанная СМО с медицинской организации сумма \_\_\_\_\_ руб.

Сумма финансовых санкций \_\_\_\_\_ руб.

4. Выводы: Экспертное заключение СМО и территориального фонда обязательного медицинского страхования совпало в \_\_\_\_\_ случаях (\_\_\_%), выявлено нарушений, допущенных СМО в организации и проведении МЭЭ/ЭКМП (нужное подчеркнуть) в \_\_\_\_\_ случаях (\_\_\_%), в том числе по видам нарушений с указанием количества и сумм.

5. Предложения: Подлежит восстановлению медицинской организации отдельным платежным поручением необоснованно удержанная сумма в размере

\_\_\_\_\_ руб.

Подлежит перечислению за счет собственных средств СМО на счет ТФОМС  
финансовые санкции в размере \_\_\_\_\_ руб.

Подпись специалистов, проводивших реэкспертизу:

_____	ФИО _____	подпись
_____	ФИО _____	подпись
_____	ФИО _____	подпись

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

С актом ознакомлены:

Руководитель СМО \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ подпись

М.П.

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ подпись

М.П.

*Приложение 8*

## ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (УМЕНЬШЕНИЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)

Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц	
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший

	риск возникновения нового заболевания;
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:
1.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;
1.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.
1.5.	Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств", "Формуляр лечения стационарного больного", согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи.
<b>Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения</b>	
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.

2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;
2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи	
3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи:
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;
3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);
3.2.3.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).



3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:
3.3.1.	приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;
3.3.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).
3.5.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения).
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.
3.9.	Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи.
3.10.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.
3.11.	Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного

	патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 – 3 категории.
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации	
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.
4.2.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).
4.3.	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.
4.4.	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:
4.6.1.	включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией;
4.6.2.	несоответствие сроков лечения, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица срокам, указанным в реестре счета;
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов	
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;

5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.);
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ;
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС;
5.3.2.	Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;
5.3.3.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:
5.4.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;
5.4.2.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности:
5.5.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;

5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;
5.5.3.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).
5.6.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:
5.7.1.	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;
5.7.3.	Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;
5.7.4.	Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС.
5.7.5.	Включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); - пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).
5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.

### Рекомендуемый образец

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

Претензия

В \_\_\_\_\_ (название территориального фонда)

Считаю необоснованной сумму взаиморасчета, определенную экспертом качества медицинской помощи страховой медицинской организации

\_\_\_\_\_ (наименование СМО)

согласно актам МЭЭ/ЭКМП от \_\_\_\_\_ 201\_ г. эксперта качества медицинской помощи \_\_\_\_\_, (Ф.И.О.)

по следующим причинам:

1. N полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_  
Акт экспертной оценки N \_\_\_\_\_  
Сумма взаиморасчета \_\_\_\_\_  
Обоснование несогласия \_\_\_\_\_
2. Фамилия, имя, отчество застрахованного лица \_\_\_\_\_  
Акт экспертной оценки N \_\_\_\_\_  
Сумма взаиморасчета \_\_\_\_\_  
Обоснование несогласия \_\_\_\_\_
3. Фамилия, имя, отчество застрахованного лица \_\_\_\_\_  
Акт экспертной оценки N \_\_\_\_\_  
Сумма взаиморасчета \_\_\_\_\_  
Обоснование несогласия \_\_\_\_\_

Итого считаю необоснованной сумму взаиморасчета по \_\_\_\_\_ застрахованным(-ому) лицам(-у) на общую сумму \_\_\_\_\_ рублей.

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

"\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ г.

М.П.

## **ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

### **ПИСЬМО**

**от 15 марта 2011 г. N 1257/30-4/и**

### **О РЕАЛИЗАЦИИ ПРИКАЗА ФОМС ОТ 01.12.2010 N 230**

Территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями, в соответствии с пунктом 8 части 7 статьи 34 и пунктом 2 части 3 статьи 39 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон), осуществляется контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках программ обязательного медицинского страхования. Порядок контроля установлен Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года 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).

Результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи оформляются актами, включающими информацию о выявленных нарушениях и соответствующих санкциях. Формы актов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, а также Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) утверждены Приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года N 230.

В соответствии со статьей 41 Федерального закона сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты оказанной медицинской организацией медицинской помощи, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи. Взаимные обязательства медицинских организаций и страховых медицинских организаций, следствием неисполнения которых является применение к сторонам соответствующих мер, предусматриваются заключенным между ними договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Типовой формой договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (утверждена Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

от 24 декабря 2010 года N 1184н (зарегистрирован Минюстом России 4 февраля 2011 года, регистрационный N 19714) (пункт 7) предусматривается ответственность медицинской организации в соответствии со статьями 39 и 41 Федерального закона.

Возможный перечень обязательств медицинской организации и последствия их неисполнения, влекущие 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, прилагается.

**Председатель**

**А.В.ЮРИН**

*Приложение  
к письму ФОМС  
от 15.03.2011 N 1257/30-4/и*

**ОБЯЗАТЕЛЬСТВА  
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, СЛЕДСТВИЕМ НЕИСПОЛНЕНИЯ  
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**

N п/п	Обязательства медицинских организаций	Последствия неисполнения обязательств	
		сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения	размер штрафа
1. Обеспечение доступности медицинской помощи для застрахованных лиц			
1.1.	Обеспечение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:		
1.1.1.	Обеспечение выбора медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в соответствии с заявлением застрахованного лица	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.1.2.	Обеспечение выбора врача в соответствии с заявлением застрахованного лица, поданным лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год

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



		возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирующего имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.4.	Недопущение взимания платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом
1.5.	Бесплатное обеспечение застрахованных лиц в период пребывания в стационаре по назначению врача лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения, включенными в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, формуляр лечения стационарного больного, согласованный и утвержденный в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом
<b>2. Обеспечение информированности застрахованных лиц</b>			
2.1.	Создание официального сайта медицинской организации в сети "Интернет"	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.	Наличие на официальном сайте медицинской организации в сети "Интернет" следующей информации:		
2.2.1	о режиме работы медицинской организации	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.2	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год

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

2.4.2	об условия оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.3	о видах медицинской помощи, оказываемых данной медицинской организацией	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.4	показатели доступности и качества медицинской помощи	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.5	перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.6	перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с пятидесяти процентов со свободных цен	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
<b>3. Отсутствие дефектов медицинской помощи / нарушений при оказании медицинской помощи</b>			
3.1.	Соблюдение персоналом медицинской организации врачебной этики и деонтологии	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год

3.2.	Выполнение своевременно и надлежащим образом необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи	последствия невыполнения обязательства, не повлиявшие на состояние здоровья застрахованного лица	
		пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
		последствия невыполнения обязательства, приведшие к увеличению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	
		сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи	-
		последствия невыполнения обязательства, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшие риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	
		пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	-
		последствия невыполнения обязательства, приведшие к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	
		сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица, возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год

		последствия невыполнения обязательства, приведшие к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	
		сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.3.	Выполнение показанных, оправданных с клинической точки зрения, регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий	последствия невыполнения обязательства, приведшие к увеличению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица	
		сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи	-
		последствия невыполнения обязательства, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо риску прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	
		пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица, возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	-
3.4.	Выполнение показанных с клинической точки зрения лечебных мероприятий до достижения клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)	последствия за преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)	
		пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

3.5.	Обеспечение достижения положительной динамики в состоянии здоровья застрахованного лица при первичном обращении за медицинской помощью (за исключением случаев этапного лечения)	последствия за повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения)	
		двадцать пять процентов стоимости за каждый случай первичного и повторного оказания медицинской помощи	-
3.6.	Обеспечение преемственности в лечении застрахованного лица (в том числе своевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня)	последствия за нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к увеличению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица	
		пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	-
3.7.	Недопущение госпитализации застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.8.	Исключение возможности госпитализации застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.9.	Соблюдение сроков и условий лечения застрахованных лиц в рамках стандартов медицинской помощи	последствия за необоснованное увеличение сроков лечения по вине медицинской организации, увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанного с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи	

		сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи	-
3.10.	Недопущение повторного посещения врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях	сто процентов стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	-
3.11.	Принятие мер со стороны медицинского персонала к предупреждению развития нового заболевания застрахованного лица (развития ятрогенного заболевания)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания
3.12.	Обеспечение обоснованного назначения лекарственной терапии; исключение одновременного назначения лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанного с риском для здоровья пациента и/или приводящего к удорожанию лечения	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.13.	Обеспечение выполнения обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с законодательством	-	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.13.1	недопущение наличия расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
4. Правильность оформления в медицинской организации первичной медицинской документации			

4.1.	Предоставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
4.2.	Оформление надлежащим образом первичной медицинской документации, обеспечивающее проведение экспертизы качества медицинской помощи (возможность оценки динамики состояния здоровья застрахованного лица, объема, характера и условий предоставления медицинской помощи)	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
4.3.	Обеспечение наличия в первичной медицинской документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, письменного согласия на лечение в установленных законодательством Российской Федерации случаях	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
4.4.	Исключение случаев наличия признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
4.5.	Исключение случаев несоответствия дат оказания медицинской помощи, зарегистрированных в первичной медицинской документации и реестре счетов, и в таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
4.6.	Оформление счетов на оплату медицинской помощи и реестров счетов в соответствии с записями в первичной медицинской документации, не допуская:		
4.6.1	включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-



4.6.2	несоответствия сроков лечения застрахованного лица в первичной медицинской документации срокам, указанным в реестре счетов	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, не подтвержденный первичной медицинской документацией	-
5. Надлежащее оформление и предъявление на оплату счетов и реестров счетов			
5.1. Оформление и предъявление счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, исключив:			
5.1.1	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.2	несоответствие суммы счета итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.3	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.4	некорректное заполнение полей реестра счетов;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.5	некорректные суммы по позициям реестров счетов (арифметические ошибки);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.6	несоответствие даты оказания медицинской помощи в реестре счетов отчетному периоду/периоду оплаты	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2. Оформление счета на оплату медицинской помощи и реестров счетов надлежащим образом в соответствии с принадлежностью застрахованного лица к страховой медицинской организации, исключив:			
5.2.1	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования в другой страховой медицинской организации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.2	включение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

5.2.3	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.4	наличие в реестре счетов неактуальных данных о застрахованных лицах	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.5	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи гражданам, не подлежащим обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.3. Предъявление к оплате счета, включающего виды и объемы медицинской помощи, входящие в территориальную программу обязательного медицинского страхования, исключив:			
5.3.1	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.3.2	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.3.3	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников (лечение тяжелых несчастных случаев на производстве, оплачиваемое Фондом социального страхования Российской Федерации)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.4. Формирование для оплаты счетов и реестров счетов с учетом установленных тарифов на оплату медицинской помощи, не допуская:			
5.4.1	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.4.2	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.5. Включение в реестры счетов лицензированных видов медицинской деятельности, не допуская:			
5.5.1	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в лицензии медицинской организации;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

5.5.2	представления реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.5.3	представления на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: не соответствие фактических адресов осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности данным лицензии и другого (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.6.	Недопущение включения в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.7.	Оформление надлежащим образом реестров счетов, исключая повторное или необоснованное включение в реестр счетов медицинской помощи, в том числе:		
5.7.1	повторное включение ранее оплаченной позиции (повторное выставление ранее оплаченного счета)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.7.2	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре счетов	сто процентов стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	-
5.7.3	включение стоимости отдельной медицинской услуги, учтенной в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги и предъявленной к оплате	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенных в реестр счетов необоснованно	-
5.7.4	включение стоимости медицинской услуги, вошедшей в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи на прикрепленных застрахованных лиц	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

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