Таблица

Расчет стоимости медицинской помощи (медицинской услуги)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской услуги)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование статей затрат | Сумма (руб.) |
| 1.1. | Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников, принимающих непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) |  |
| 1.2. | Затраты на приобретение материальных запасов, потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) |  |
| 1.3. | Сумма начисленной амортизации основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги) [<\*>](#P1449) |  |
| 1.4. | Иные затраты, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) |  |
|  | Итого затрат, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) |  |
| 2.1. | Затраты на коммунальные услуги |  |
| 2.2. | Затраты на содержание объектов недвижимого имущества |  |
| 2.3. | Затраты на содержание объектов движимого имущества |  |
| 2.4. | Затраты на приобретение услуг связи |  |
| 2.5. | Затраты на приобретение транспортных услуг |  |
| 2.6. | Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинской организации, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) |  |
| 2.7. | Сумма начисленной амортизации основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, не используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги) [<\*>](#P1449) |  |
| 2.8. | Прочие затраты на общехозяйственные нужды |  |
|  | Итого затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом |  |
|  | Стоимость медицинской помощи (медицинской услуги) |  |

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

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

XII.I. Методика расчета объемов финансового обеспечения

медицинской помощи

(введено Приказом Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

209.1. Объем финансового обеспечения медицинской помощи рассчитывается на основании объемов предоставления медицинской помощи, распределенных медицинской организации (филиалу/представительству медицинской организации) решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии со статьей 30 Федерального закона, и (или) объемов предоставления медицинской помощи, распределенных (перераспределенных) в порядке, установленном Правительством Российской Федерации в соответствии с частью 3.2 статьи 35 Федерального закона, по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с частью 3.1 статьи 30 Федерального закона (далее при совместном упоминании - распределение объемов медицинской помощи, тарифы на оплату медицинской помощи).

209.2. Объем финансового обеспечения медицинской помощи пересчитывается при изменении объемов предоставления медицинской помощи, распределенных медицинской организации (филиалу/представительству медицинской организации), и (или) тарифов на оплату медицинской помощи.

209.3. Объемы финансового обеспечения медицинской помощи определяются в расчете на год в целом по медицинской организации, в том числе по филиалам/представительствам медицинской организации, осуществляющим самостоятельное представление счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи и получение оплаты по выставленным счетам и реестрам счетов на оплату медицинской помощи, а также в разрезе условий и способов оказания медицинской помощи (за исключением способаоплаты медицинской помощи за прерванный случай), профилей специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, предусмотренной к оказанию медицинской организацией (филиалом/представительством) в соответствии с распределением объемов предоставления медицинской помощи, а также групп и видов высокотехнологичной медицинской помощи, заболеваний и состояний (групп заболеваний и групп состояний) специализированной медицинской помощи, отдельных наименований медицинских услуг, в том числе диагностических (лабораторных) исследований в случае установления решением Комиссии распределения объемов предоставления медицинской помощи в разрезе групп и видов высокотехнологичной медицинской помощи, заболеваний и состояний (групп заболеваний и групп состояний) специализированной медицинской помощи, отдельных наименований медицинских услуг, в том числе диагностических (лабораторных) исследований.

209.4. Общий объем финансового обеспечения медицинской помощи по медицинской организации определяется как сумма объемов финансового обеспечения, рассчитанных по условиям оказания медицинской помощи, по которым медицинской организации распределены объемы предоставления медицинской помощи.

Объем финансового обеспечения медицинской помощи по условиям оказания медицинской помощи рассчитывается как сумма объемов финансового обеспечения медицинской помощи по способам оплаты медицинской помощи, применяемым для указанной медицинской организации по данному условию оказания медицинской помощи в соответствии с тарифным соглашением, установленным в соответствии со статьей 30 Федерального закона.

Объем финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи, рассчитывается как сумма объемов финансового обеспечения медицинской помощи по профилям оказания медицинской помощи в стационарных условиях, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи, по которым медицинской организации распределены объемы предоставления медицинской помощи.

Объем финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, рассчитывается как сумма объемов финансового обеспечения медицинской помощи по профилям оказания медицинской помощи в стационарных условиях, по которым медицинской организации распределены объемы предоставления медицинской помощи.

В случае выделения при распределении объемов предоставления медицинской помощи групп и видов высокотехнологичной медицинской помощи, заболеваний и состояний (групп заболеваний и групп состояний) специализированной медицинской помощи, отдельных наименований медицинских услуг объем финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях по профилям медицинской помощи определяется как сумма объемов финансового обеспечения медицинской помощи по группам и видам высокотехнологичной медицинской помощи, заболеваниям и состояниям (группам заболеваний и групп состояний) специализированной медицинской помощи, отдельным наименованиям медицинских услуг, входящим в соответствующий профиль медицинской помощи.

В случае выделения при распределении объемов предоставления медицинской помощи отдельных наименований медицинских услуг, оплата оказания которых осуществляется за единицу объема оказания медицинской услуги, объем финансового обеспечения медицинской помощи по данному способу оплаты медицинской помощи рассчитывается как сумма объемов финансового обеспечения медицинской помощи по каждой выделенной в распределении объемов предоставления медицинской помощи медицинской услуге.

209.5. Объем финансового обеспечения медицинской помощи по условиям оказания и способу оплаты медицинской помощи, профилю и виду медицинской помощи, наименованию медицинской услуги рассчитывается как произведение объема предоставления соответствующей медицинской помощи, распределенного медицинской организации, на установленный в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии со статьей 30 Федерального закона, или порядке, предусмотренном частью 3.1 статьи 30 Федерального закона, соответствующий условиям оказания и способу оплаты медицинской помощи, профилю и виду медицинской помощи, наименованию медицинской услуги и данной медицинской организации тариф на оплату медицинской помощи (подушевой норматив финансирования).

209.6. При расчете объемов финансового обеспечения медицинской помощи тарифы на оплату медицинской помощи (подушевые нормативы финансирования), установленные в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии со статьей 30 Федерального закона, или порядке, предусмотренном частью 3.1 статьи 30 Федерального закона, применяются с учетом следующих особенностей:

а) в случае применения способа оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации принимается допущение, что медицинской организации будут выполнены все установленные показатели результативности деятельности;

б) при определении тарифов на оплату медицинской помощи:

принимаются установленные для данной медицинской организации (филиалу/представительству медицинской организации) в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии со статьей 30 Федерального закона или порядке, предусмотренном частью 3.1 статьи 30 Федерального закона, значения коэффициентов уровня оказания медицинской помощи, специфики оказания медицинской помощи, дифференциации;

значение коэффициента сложности лечения пациента применяется на уровне, соответствующем среднему значению коэффициента сложности лечения пациента в данной медицинской организации в году, предшествующем году определения объема финансового обеспечения медицинской помощи, по данным счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, а в случае неоказания медицинской организацией в указанном периоде медицинской помощи применяется среднее значение коэффициента сложности лечения пациента по субъекту Российской Федерации (по медицинским организациям, осуществляющим оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона).

XIII. Порядок оказания видов медицинской помощи,

установленных базовой программой обязательного медицинского

страхования, застрахованным лицам за счет средств

обязательного медицинского страхования в медицинских

организациях, созданных в соответствии с законодательством

Российской Федерации и находящихся за пределами территории

Российской Федерации

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

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

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

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

Реестр должен содержать следующую информацию:

1) наименование медицинской организации;

2) идентификационные данные, присвоенные юридическому лицу налоговым органом;

3) период, за который выставлен счет;

4) наименование субъекта Российской Федерации, в котором застрахованному лицу выдан полис;

5) номер позиции реестра;

6) сведения о застрахованном лице:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату и место рождения;

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

серию, номер полиса;

наименование страховой медицинской организации;

дату регистрации в качестве застрахованного лица;

7) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:

вид оказанной медицинской помощи (код);

диагноз в соответствии с МКБ;

(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

дату начала и дату окончания оказания медицинской помощи;

объемы оказанной медицинской помощи;

профиль оказанной медицинской помощи (код);

должность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);

тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу;

стоимость оказанной медицинской помощи;

результат обращения за медицинской помощью (код).

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

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

(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

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

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

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

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

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

2) номер, дату счета;

2.1) порядке включения в единый регистр застрахованных лиц;

(пп. 2.1 введенПриказом Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

3) суммы счетов, предъявленных к оплате, оплаченных и отказанных в оплате;

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

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

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

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

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

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

XIV. Требования к размещению страховыми медицинскими

организациями информации

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

1) о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования;

2) о руководителях, об акционерах (участниках, членах);

3) о финансовых результатах деятельности;

4) об опыте работы;

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

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

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

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

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

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

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

<16>Статья 21 Федерального закона N 323-ФЗ.

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

прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации и врача;

организации работы медицинской организации;

этики и деонтологии;

качества медицинской помощи;

лекарственного обеспечения;

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

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

12) о порядке получения полиса, в том числе:

форму заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации;

форму заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса;

адреса и режим работы пунктов выдачи полисов;

способы подачи заявления;

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

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

перечень документов, необходимых для получения полиса;

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

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

13) об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным законом;

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

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

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

<17>Статья 46 Федерального закона N 323-ФЗ.

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

о возможности дистанционной записи на медицинские исследования.

224. Информация размещается непосредственно на официальном сайте страховой медицинской организации в форме инфографики, мультимедиа, гипертекстовой форме, документа в электронной форме, графической форме, форме открытых данных и базы данных, в виде активных ссылок, при активации которых пользователь получает доступ к страницам сайта, содержащим информацию, указанную в [пункте 223](#P1531) настоящих Правил.

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

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

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

225. Способы размещения информации, указанные в [пункте 224](#P1571) настоящих Правил, должны обеспечивать возможность пользователю распечатать на бумажном носителе информацию: о порядке получения полиса, об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным законом, о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе праве выбора или замены страховой медицинской организации, медицинской организации, о медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи.

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

227. Опубликование в средствах массовой информации (включая электронные) информации, указанной в [пункте 223](#P1531) настоящих Правил, осуществляется страховой медицинской организацией не реже одного раза в год. Максимальное число публикаций не ограничено. Страховые медицинские организации хранят экземпляры или электронные версии публикаций не менее трех лет.

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

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

XV. Порядок информационного сопровождения застрахованных

лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи

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

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

(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

1) медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, режиме их работы;

2) праве выбора (замены) и порядке выбора (замены) страховой медицинской организации, медицинской организации и врача;

3) порядке получения и сдачи полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе;

(пп. 3 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

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

(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

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

(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

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

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

(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

234. Работа с обращениями граждан, обеспечение организации информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий, подготовка к информированию списков лиц, подлежащих диспансеризации, включая углубленной диспансеризации, а также лиц, находящихся на диспансерном наблюдении в соответствии с запланированным медицинской организацией планом-графиком проведения профилактических мероприятий, организация индивидуального информирования застрахованных лиц о необходимости прохождения профилактических мероприятий и диспансерной явки, мониторинг и анализ результатов профилактических мероприятий, в том числе профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, подготовка предложений для медицинских организаций по организации профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, осуществляются страховым представителем страховой медицинской организации.

(п. 234 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

236. Информирование застрахованных лиц и их законных представителей об оказанной им медицинской помощи и ее стоимости (далее - информация) осуществляется Федеральным фондом, территориальным фондом по месту страхования застрахованного лица в электронном виде через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций), в том числе по запросу, при условии завершения застрахованным лицом прохождения процедуры регистрации в единой системе идентификации и аутентификации, а также через официальные сайты при условии прохождения застрахованным лицом процедуры идентификации и аутентификации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

(в ред. Приказов Минздрава России от 03.09.2021 N 908н, от 13.12.2022 N 789н)

237. Застрахованному лицу предоставляется возможность получения доступа к информации в личном кабинете Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций), а также возможность отказа с использованием единой системы идентификации и аутентификации от получения информации в личном кабинете Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций).

(п. 237 в ред. Приказа Минздрава России от 03.09.2021 N 908н)

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

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

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

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

242. Обращение по конкретному случаю оказания медицинской помощи, сформированное посредством интерактивной формы обратной связи личного кабинета официального сайта или личного кабинета Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) (далее - обращение), направляется в Федеральный фонд и территориальный фонд по месту страхования заявителя.

(в ред. Приказа Минздрава России от 03.09.2021 N 908н)

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

(в ред. Приказа Минздрава России от 03.09.2021 N 908н)

244. Обработка информации в личном кабинете на Едином портале государственных и муниципальных услуг (функций) и в личном кабинете официального сайта обеспечивается операторами соответственно Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) и официального сайта в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации об информации, информационных технологиях и о защите информации и законодательства Российской Федерации в области персональных данных.

(п. 244 в ред. Приказа Минздрава России от 03.09.2021 N 908н)

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

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

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

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

4) возможность удаления информации из личного кабинета.

(пп. 4 введенПриказом Минздрава России от 03.09.2021 N 908н)

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

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

2) номер полиса;

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

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

5) наименование медицинской организации, выбранной застрахованным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации <18>;

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

<18>Статья 21 Федерального закона N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2021, N 18, ст. 3075).

6) сведения о субъекте Российской Федерации, в рамках территориальной программы которого оказывается медицинская помощь;

7) наименование медицинской организации, оказавшей медицинские услуги застрахованному лицу, включая адрес оказания медицинской помощи;

8) сведения о виде оказанной медицинской помощи;

9) информацию об условиях оказания медицинских услуг;

10) наименование медицинской услуги;

11) дату начала оказания медицинской услуги;

12) дату окончания оказания медицинской услуги;

13) сведения о стоимости медицинских услуг, оказанных застрахованному лицу в медицинской организации, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

(п. 246 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

Страховая медицинская организация по результатам прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий взрослого населения проводит опрос не менее 0,25 процента застрахованных лиц, прошедших профилактические мероприятия, а также не менее 10 процентов застрахованных лиц, включенных в списки к прохождению профилактических мероприятий, но не прошедших их.

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

(п. 247 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

248. Информационное сопровождение застрахованных лиц осуществляется с использованием государственной информационной системы обязательного медицинского страхования, а также региональной информационной системы обязательного медицинского страхования, интегрированной с государственной информационной системой обязательного медицинского страхования и работающей круглосуточно (далее - информационный ресурс).

Страховые медицинские организации при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц вправе использовать любые способы связи, в том числе Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций), в соответствии с законодательством Российской Федерации.

(п. 248 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

249. Страховые медицинские организации и медицинские организации используют информацию, размещенную на информационном ресурсе, для осуществления сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

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

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

(п. 249 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

(п. 250 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

251. Страховая медицинская организация на информационном ресурсе формирует индивидуальную историю:

страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием на основе сведений реестров-счетов на оплату медицинской помощи на всех этапах ее оказания, по случаям подозрения на онкологическое заболевание или установленного диагноза онкологического заболевания, по впервые выявленным заболеваниям или продолжающегося лечения (далее - индивидуальная история страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием);

информирования о прохождении профилактических мероприятий и диспансерном наблюдении (далее - индивидуальная история информирования застрахованных лиц).

(п. 251 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

1) номер полиса;

2) номера и даты счетов на оплату медицинской помощи;

3) коды медицинских организаций, оказавших медицинскую помощь;

4) о посещениях/обращениях в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь по месту жительства/прикрепления;

5) о законченных случаях оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара;

6) даты начала и окончания оказания медицинской помощи;

7) о диагнозах основного и сопутствующего заболевания, а также осложнения при оказании медицинской помощи по МКБ;

8) результаты обращения за медицинской помощью;

9) сведения о диспансерном наблюдении;

10) контактные данные застрахованного лица (номер мобильного телефона для связи, номер другого телефона для связи, адрес электронной почты, адрес фактического проживания и другие виды связи при наличии).

Данные сведения формируются в хронологической последовательности по датам оказания законченного случая оказания медицинской помощи.

При реализации застрахованным лицом выбора (замены) страховой медицинской организации в связи с изменением места жительства, а также расторжением договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию полноту формирования полной индивидуальной истории страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием обеспечивают территориальные фонды.

(п. 252 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

253. Индивидуальная история информирования застрахованных лиц, в том числе с онкологическим заболеванием, должна содержать следующую информацию:

1) номер полиса;

2) диагноз основной и сопутствующий по МКБ, в соответствии с которыми застрахованное лицо состоит на диспансерном наблюдении;

3) плановый период прохождения профилактических мероприятий, включающих в себя профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию, в том числе углубленную диспансеризацию (далее - профилактические мероприятия), а также диспансерного наблюдения в текущем году;

4) сведения о форме запланированных профилактических мероприятий, а также диспансерного наблюдения;

5) даты и способ первичного и повторного индивидуального информирования (при наличии) о возможности прохождения профилактических мероприятий, а также диспансерного наблюдения;

6) даты посещения/обращения в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь по месту жительства/прикрепления, в целях прохождения профилактических мероприятий, а также диспансерного наблюдения;

7) плановый период (месяц) проведения следующего профилактического мероприятия, а также диспансерного наблюдения;

8) планируемую дату следующего информирования с указанием диагноза основного и сопутствующего заболевания по МКБ, в соответствии с которыми застрахованное лицо информируется о диспансерном наблюдении.

Данные сведения формируются в хронологической последовательности по датам информирования о прохождении профилактических мероприятий, а также диспансерного наблюдения.

При реализации застрахованным лицом выбора (замены) страховой медицинской организации в связи с изменением места жительства, а также расторжением договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию полноту формирования индивидуальной истории информирования о прохождении профилактических мероприятий, а также диспансерного наблюдения обеспечивают территориальные фонды.

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

(п. 253 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

254. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, посредством государственной информационной системы обязательного медицинского страхования представляет в срок не позднее 15 января текущего года:

1) сведения о застрахованных лицах, выбравших данную медицинскую организацию в соответствии с законодательством Российской Федерации;

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

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

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

Медицинские организации представляют указанную информацию в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования <19>.

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

<19>Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31 марта 2021 г. N 34н "Об определении Порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 августа 2021 г., регистрационный N 64757) с изменениями, внесенными приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 11 февраля 2022 г. N 17н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 февраля 2022 г., регистрационный N 67445), от 15 ноября 2022 г. N 166н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 ноября 2022 г., регистрационный N 71028).

В случае использования медицинской организацией в целях ведения персонифицированного учета региональной информационной системы обязательного медицинского страхования, медицинская организация обеспечивает последующую передачу таких сведений в государственную информационную систему обязательного медицинского страхования в соответствии с порядком информационного взаимодействия.

(п. 254 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

255. При представлении медицинской организацией в информационном ресурсе сведений о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в соответствующей медицинской организации в текущем календарном году, и планируемых сроках диспансерного наблюдения дополнительно к сведениям, установленным пунктом 254 настоящих Правил, ежемесячно представляются следующие сведения:

а) диагноз заболевания по МКБ, по поводу которого застрахованное лицо находится на диспансерном наблюдении;

б) дата включения застрахованного лица в группу диспансерного наблюдения;

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

г) о медицинском работнике, осуществляющем диспансерное наблюдение застрахованного лица в выбранной им медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи по обязательному медицинскому страхованию: врач-терапевт (участковый), врач-педиатр (участковый), врач общей врачебной практики, врач-специалист (по профилю заболевания застрахованного лица), врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики, врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения;

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

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

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

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

и) результат диспансерного приема (осмотра, консультации) (по факту обращения), отражающий выдачу застрахованному лицу медицинским работником, указанным в подпункте "г" пункта 255 настоящих Правил, направления для проведения диспансерного наблюдения врачом-специалистом другой медицинской организации, в том числе специализированного вида, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю заболевания застрахованного лица, в случае отсутствия такого врача-специалиста в медицинской организации;

к) результат диспансерного приема (осмотра, консультации) (по факту обращения).

(п. 255 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

256. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, ежемесячно в течение двух рабочих дней со дня окончания отчетного периода осуществляет обновление в информационном ресурсе сведений о застрахованных лицах:

а) прошедших профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию, в том числе углубленную диспансеризацию, для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смерти населения;

б) начавших прохождение диспансеризации;

в) завершивших первый этап диспансеризации;

г) направленных на второй этап диспансеризации;

д) завершивших второй этап диспансеризации;

е) присвоенной группе здоровья по результатам прохождения диспансеризации.

В отношении застрахованного лица, направленного на II этап диспансеризации, на информационном ресурсе указывается перечень дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами, назначенных застрахованному лицу к выполнению на II этапе диспансеризации для уточнения диагноза заболевания, а также сведения о застрахованном лице, направленном по итогам II этапа диспансеризации на диспансерное наблюдение.

(п. 256 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

(п. 257 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

258. Страховая медицинская организация ведет учет застрахованных лиц:

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

б) начавших прохождение диспансеризации;

в) завершивших первый этап диспансеризации;

г) направленных на второй этап диспансеризации;

д) завершивших второй этап диспансеризации;

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

ж) прошедших диспансерное наблюдение по каждому заболеванию, по которому застрахованное лицо подлежит диспансерному наблюдению.

(п. 258 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

259. Территориальный фонд в срок не позднее 20 января текущего календарного года на основании регистра застрахованных лиц и сведений, внесенных каждой медицинской организацией в информационный ресурс, формирует с учетом страховой принадлежности списки застрахованных лиц, подлежащих прохождению профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения в очередном календарном году, а также о застрахованных лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в текущем календарном году: фамилию, имя, отчество (при наличии), дату рождения, номер полиса.

(п. 259 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

260. Страховая медицинская организация с учетом запланированного медицинской организацией плана-графика проведения профилактических осмотров, диспансеризации, и диспансерного наблюдения и имеющихся возможностей медицинской организации формирует помесячные списки на информирование и осуществляет индивидуальное информирование застрахованных лиц или представителей (в том числе законных представителей) о прохождении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения в очередном календарном году согласно сформированным помесячным спискам.

Информирование на предстоящий отчетный месяц проводится не позднее последнего дня месяца, предшествующему отчетному с учетом сведений о прохождении профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения в прошедшие отчетные периоды текущего года по данным представленных к оплате реестров-счетов, сведений о замене страховой медицинской организации или иных поводах прекращения в отношении застрахованного лица факта страхования. Информирование на январь проводится в течение 5 рабочих дней со дня доведения территориальным фондом страховой медицинской организации списков на информирование.

Застрахованное лицо при наличии нескольких хронических заболеваний подлежит информированию, в том числе повторно, по каждому заболеванию в соответствии с рекомендациями прохождения профилактических мероприятий по каждому заболеванию.

(п. 260 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

261. Каждое застрахованное лицо, включенное в список для прохождения профилактических мероприятий, информируется один раз, а также повторно в течение календарного года при неявке на профилактические мероприятия в течение трех месяцев со дня информирования или повторного информирования о прохождении профилактических мероприятий.

(п. 261 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

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

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

(п. 262 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

263. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и (или) специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, включенную в базовую программу, ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени осуществляет обновление сведений в информационном ресурсе за истекшие сутки о:

а) выполнении объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, оказание которой предусмотрено лицензией на осуществление медицинской деятельности медицинской организации;

б) количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с указанием планируемой даты освобождения места;

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

г) застрахованных лицах, госпитализированных в экстренном порядке и выписанных после экстренных госпитализаций в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи;

д) застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний;

е) застрахованных лицах, получивших направление в выбранную медицинскую организацию на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, включая дату госпитализации.

(п. 263 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

(п. 264 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

(п. 265 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

266. При выдаче направления на госпитализацию в плановом порядке лечащий врач обязан информировать застрахованное лицо или представителя (в том числе законного представителя) о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание специализированной медицинской помощи с учетом сроков ожидания указанного вида медицинской помощи, установленных территориальной программой. На основании указанной информации застрахованное лицо или представитель (в том числе законный представитель) осуществляет выбор медицинской организации для оказания ему специализированной медицинской помощи <20>.

(п. 266 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

<20>Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 мая 2015 г., регистрационный N 24278) и приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012г. N 1342н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 марта 2013 г., регистрационный N 27617).

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

Страховой представитель в течение двух рабочих дней со дня размещения медицинской организацией на информационном ресурсе территориального фонда сведений о получении рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, обеспечивает проведение очной медико-экономической экспертизы в соответствии с порядком проведения контроля.

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

(п. 267 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

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

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

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

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

(п. 268 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

269. Страховая медицинская организация на основании информации, полученной в соответствии с пунктом 263 настоящих Правил, в течение одного рабочего дня со дня ее получения осуществляет контроль правильности направлений застрахованных лиц на госпитализацию в профильные медицинские организации.

(п. 269 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

(п. 270 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

(п. 271 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

1) о застрахованных лицах, госпитализированных в экстренном порядке и выписанных по итогам экстренных госпитализаций и выписанных по итогам экстренных госпитализаций;

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

(п. 272 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

(п. 273 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

(п. 274 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

При обращении застрахованного лица или представителя (в том числе законного представителя) с жалобой на некачественное оказание медицинской помощи или взимание платы за медицинскую помощь, включенную в территориальную программу, страховая медицинская организация регистрирует письменное обращение, по жалобе на некачественное оказание медицинской помощи проводит медико-экономическую экспертизу и (или) экспертизу качества медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля и в сроки, установленные Федеральным законом от 2 мая 2006 г. N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" <21>.

(п. 275 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

<21> Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 19, ст. 2060; 2018, N 53, ст. 8454.

Приложение N 1

к Правилам обязательного медицинского

страхования, утвержденным приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 28 февраля 2019 г. N 108н

ПОЛОЖЕНИЕ

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОМИССИИ ПО РАЗРАБОТКЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ

ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Список изменяющих документов(в ред. Приказов Минздрава России от 26.03.2021 N 254н,от 13.12.2022 N 789н) |  |

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

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

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

4. Комиссия:

1) разрабатывает проект территориальной программы;

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

3) распределяет на отчетный год и перераспределяет в течение года объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации (за исключением медицинских организаций, находящихся за пределами Российской Федерации, включенных в реестр медицинских организаций), в пределах и на основе установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи, до 1 января года, на который осуществляется распределение, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения <1> (далее - контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи) в динамике до трех лет (за исключением медицинских организаций, впервые включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в году, на который формируется территориальная программа обязательного медицинского страхования);

(пп. 3 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

<1>Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. N 231н "Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный N 63410) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. N 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный N 64445), от 21 февраля 2022 г. N 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный N 67559).

(сноска введена Приказом Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

4) устанавливает тарифы на оказание медицинской помощи и формирует тарифное соглашение в соответствии с требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленных Федеральным фондом в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона;

(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

6) определяет порядок представления информации членами Комиссии.

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

1) рассматривает информацию:

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

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

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

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

целевым значениям критериев доступности и качества медицинской помощи;

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

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

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

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

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

8. Распределение и перераспределение объемов медицинской помощи осуществляется:

1) по видам и условиям предоставления медицинской помощи, а также применяемым способам оплаты медицинской помощи;

2) в разрезе профилей медицинской помощи, и при решении Комиссии в разрезе заболеваний и состояний (групп заболеваний и состояний), групп и видов высокотехнологичной медицинской помощи;

3) в разрезе медицинских услуг (групп медицинских услуг) в случае установления в тарифном соглашении по отдельным видам медицинских услуг (групп медицинских услуг) возможности использования только способа оплаты медицинской помощи "за единицу объема медицинской помощи";

4) с учетом показателей потребления медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, численности и половозрастной структуры застрахованных лиц, а также с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в динамике до трех лет (за исключением медицинских организаций, впервые включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в году, на который формируется территориальная программа обязательного медицинского страхования).

(в ред. Приказов Минздрава России от 26.03.2021 N 254н, от 13.12.2022 N 789н)

8.1. Распределение и перераспределение объемов финансового обеспечения медицинской помощи осуществляется:

1) по видам и условиям предоставления медицинской помощи, а также применяемым способам оплаты медицинской помощи;

2) в разрезе профилей медицинской помощи, и в случае распределения объемов предоставления медицинской помощи в разрезе заболеваний и состояний (групп заболеваний и состояний), групп и видов высокотехнологичной медицинской помощи - в разрезе заболеваний и состояний (групп заболеваний и состояний), групп и видов высокотехнологичной медицинской помощи;

3) в разрезе медицинских услуг (групп медицинских услуг) в случае установления в тарифном соглашении по отдельным видам медицинских услуг (групп медицинских услуг) возможности использования только способа оплаты медицинской помощи "за единицу объема медицинской помощи";

4) с учетом распределения (перераспределения) объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями, в том числе исходя из результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в динамике до трех лет (за исключением медицинских организаций, впервые включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в году, на который формируется территориальная программа обязательного медицинского страхования), способов оплаты медицинской помощи и тарифов на оплату медицинской помощи, установленных и применяемых для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, в соответствии с тарифным соглашением.

(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

(п. 8.1 введенПриказом Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

9. При распределении и перераспределении объемов медицинской помощи учитываются:

(в ред. Приказа Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

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

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

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

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

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

6) результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в динамике до трех лет (за исключением медицинских организаций, впервые включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в году, на который формируется территориальная программа).

(пп. 6 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

Распределение объемов медицинской помощи медицинской организации осуществляется Комиссией в объемах, не превышающих предложения медицинской организации, представленные в уведомлении в соответствии с [подпунктом 18 пункта 105](#P629) настоящих Правил, после оценки объемов медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации.

(в ред. Приказа Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

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

(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

1) территориальным фондом:

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

нормативы финансовых затрат на единицу объемов медицинской помощи, оказываемых в рамках территориальной программы, с учетом размера финансовых средств на реализацию территориальной программы в соответствии с законом о бюджете территориального фонда на соответствующий финансовый год (далее - плановый год);

абзац утратил силу. - Приказ Минздрава России от 13.12.2022 N 789н;

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

абзацы шестой - восьмой утратили силу. - Приказ Минздрава России от 13.12.2022 N 789н;

2) утратил силу. - Приказ Минздрава России от 13.12.2022 N 789н;

3) медицинскими организациями:

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

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

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

(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

4) исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья - предложения по распределению объемов предоставления медицинской помощи медицинским организациям в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, сроков ожидания медицинской помощи по территориальной программе и объективных критериев (среднего радиуса территории обслуживания скорой медицинской помощи, количества фельдшерско-акушерских пунктов, расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи и других).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8) результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в динамике до трех лет (за исключением медицинских организаций, впервые включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в году, на который формируется территориальная программа).

(пп. 8 введенПриказом Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

(в ред. Приказа Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

12. Для рассмотрения отдельных вопросов и подготовки необходимых предложений, оперативного перераспределения объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных между медицинскими организациями, при Комиссии могут создаваться рабочие группы, к работе которой кроме членов Комиссии могут привлекаться специалисты органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации.

(в ред. Приказа Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

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

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

На основании представленных данных рабочая группа:

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

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

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

4) в пятидневный срок со дня заключения направляет тарифное соглашение в Федеральный фонд для подготовки заключения о соответствии тарифного соглашения базовой программе, а также в случае, если в заключении Федерального фонда сделан вывод о несоответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования, обеспечивает внесение соответствующих изменений в тарифное соглашение и повторное рассмотрение тарифного соглашения Комиссией, а также повторное направление тарифного соглашения в Федеральный фонд в установленный им срок. Устранение замечаний, указанных в заключении Федерального фонда, является обязательным.

(пп. 4 введенПриказом Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

14. Решения о распределении объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями включаются в состав тарифного соглашения или принимаются отдельными решениями Комиссии в срок до 30 декабря текущего года. О принятых решениях Комиссия информирует территориальный фонд, исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, страховые медицинские организации и медицинские организации.

(п. 14 в ред. Приказа Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

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

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

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

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

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

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

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

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

Приложение N 2

к Правилам обязательного медицинского

страхования, утвержденным приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 28 февраля 2019 г. N 108н

Реестр

страховых медицинских организаций, осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского

страхования (форма)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код субъекта Российской Федерации по ОКАТО, где расположена страховая медицинская организация, в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ | 1 |  |
| Реестровый номер | 2 |  |
| Код причины постановки на учет (КПП), для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения | 3 |  |
| ИНН | 4 |  |
| ОГРН | 5 |  |
| Полное и сокращенное (при наличии) наименования страховой медицинской организации (филиала/представительства) в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 6 |  |
| Организационно-правовая форма страховой медицинской организации в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ | 7 |  |
| Головная организация (1), филиал (представительство) (2) | 8 |  |
| Место нахождения и адрес страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 9 |  |
| Фактический адрес страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 10 |  |
| Место нахождения и адрес филиала (представительства) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 11 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты | 12 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя филиала (представительства), адрес электронной почты | 13 |  |
| Номер, дата выдачи, дата окончания действия лицензии | 14 |  |
| Дата включения страховой медицинской организации в реестр страховых медицинских организаций | 15 |  |
| Дата исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций | 16 |  |
| Причина исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций | 17 |  |
| Численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на дату подачи уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования | 18 |  |

Приложение N 3

к Правилам обязательного медицинского

страхования, утвержденным приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 28 февраля 2019 г. N 108н

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Список изменяющих документов(в ред. Приказа Минздрава России от 10.02.2021 N 65н) |  |

Форма

Единый реестр

медицинских организаций, осуществляющих деятельность

в сфере обязательного медицинского страхования

|  |  |
| --- | --- |
| Реестровый номер медицинской организации | 1 |
| Полное и сокращенное (при наличии) наименования медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ;фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии со сведениями ЕГРИП | 2 |
| ИНН медицинской организации (индивидуального предпринимателя) в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе | 3 |
| КПП медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе | 4 |
| ОГРН медицинской организации | 5 |
| Код организационно-правовой формы медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором организационно-правовых форм (ОКОПФ) | 6 |
| Код формы собственности медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором форм собственности (ОКФС) | 7 |
| Сведения об учредителе (учредителях) медицинской организации, являющейся государственным (муниципальным) учреждением | 8 |
| Вид медицинской организации в соответствии с номенклатурой медицинских организаций | 9 |
| Адрес медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации;адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке (для индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность);уникальный номер адреса медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации, адреса, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке, в государственном адресном реестре;код территории субъекта Российской Федерации, в котором расположена медицинская организация, в котором зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке индивидуальный предприниматель, по Общероссийскому классификатору территорий муниципальных образований (ОКТМО) | 10 |
| Адрес электронной почты, номер телефона медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность) | 11 |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя и иных лиц медицинской организации, имеющих право действовать от имени медицинской организации без доверенности (для медицинской организации) | 12 |
| Банковские реквизиты медицинской организации | 13 |
| Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности | 14 |
| Сведения об обособленных структурных подразделениях медицинской организации (при наличии) | 15 |
| Сведения об адресах оказания медицинской помощи медицинской организацией, расположенных по данным адресам обособленных структурных подразделений медицинской организации и (или) наименованиях структурных подразделений, расположенных по данным адресам (при наличии), уникальные номера адресов оказания медицинской помощи в государственном адресном реестре | 16 |
| Мощность коечного фонда медицинской организации и количество врачей, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи, в разрезе профилей и адресов оказания медицинской помощи | 17 |
| Наименования субъектов Российской Федерации, в реализации территориальных программ которых участвуют медицинская организация и ее обособленные структурные подразделения;коды территорий субъектов Российской Федерации, в реализации территориальных программ которых участвуют медицинская организация и ее обособленные структурные подразделения, по Общероссийскому классификатору территорий муниципальных образований (ОКТМО);сведения о территориальных программах, в реализации которых участвует медицинская организация;сведения об участии медицинской организации, функции и полномочия учредителей в отношении которой осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в оказании медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона | 18 |
| Сведения о номерах записей реестров медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, соответствующих медицинской организации;даты включения медицинской организации в реестры медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;даты исключения медицинской организации из реестров медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;причины и основания исключения медицинской организации из реестров медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного страхования | 19 |
| Сведения о договорах на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы, заключенных с медицинской организацией | 20 |
| Сведения о видах, условиях и профилях медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией в рамках реализации территориальных программ, и медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с частью 11 статьи 5 Федерального закона | 21 |
| Сведения об объемах оказания медицинской помощи и о ее финансовом обеспечении, распределенных медицинской организации решениями Комиссий, в том числе в разрезе субъектов Российской Федерации и обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии);сведения об объемах оказания медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с частью 11 статьи 5 Федерального закона, распределенных (перераспределенных) медицинской организации в порядке, установленном Правительством Российской Федерации в соответствии с частью 3.2 статьи 35 Федерального закона | 22 |
| Сведения о способах оплаты медицинской помощи, установленных для медицинской организации в тарифных соглашениях субъектов Российской Федерации, в том числе в разрезе субъектов Российской Федерации и обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии) | 23 |
| Сведения о тарифах на оплату медицинской помощи, а также элементах структуры тарифов на оплату медицинской помощи, установленных (или применяемых) для медицинской организации в тарифных соглашениях субъектов Российской Федерации, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации;сведения о тарифах на оплату медицинской помощи, а также элементах структуры тарифов на оплату медицинской помощи, установленных (или применяемых) для медицинской организации в базовой программе обязательного медицинского страхования для оплаты медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с частью 11 статьи 5 Федерального закона | 24 |
| Фактические показатели деятельности медицинской организации по исполнению территориальных программ и (или) базовой программы, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации | 25 |
| Дата исключения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с частью 11 статьи 4 Федерального закона, на соответствующий год из единого реестра медицинских организаций, и причина ее исключения | 26 |

Приложение N 4

к Правилам обязательного медицинского

страхования, утвержденным приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 28 февраля 2019 г. N 108н

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Список изменяющих документов(введено Приказом Минздрава России от 10.02.2021 N 65н) |  |

Форма

Реестр

медицинских организаций, осуществляющих деятельность

в сфере обязательного медицинского страхования

по территориальным программам обязательного

медицинского страхования

|  |  |
| --- | --- |
| Уникальный номер записи реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, на соответствующий финансовый год по медицинской организации | 1 |
| Реестровый номер медицинской организации | 2 |
| Код территории субъекта Российской Федерации в соответствии с Общероссийским классификатором территорий муниципальных образований (ОКТМО), в реализации территориальной программы которого участвует медицинская организация | 3 |
| Полное и сокращенное (при наличии) наименования медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ;фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии со сведениями ЕГРИП | 4 |
| ИНН медицинской организации (индивидуального предпринимателя) в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе | 5 |
| КПП медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе | 6 |
| ОГРН медицинской организации | 7 |
| Код организационно-правовой формы медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором организационно-правовых форм (ОКОПФ) | 8 |
| Код формы собственности медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором форм собственности (ОКФС) | 9 |
| Сведения об учредителе (учредителях) медицинской организации, являющейся государственным (муниципальным) учреждением | 10 |
| Вид медицинской организации в соответствии с номенклатурой медицинских организаций | 11 |
| Адрес медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации;адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке (для индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность);уникальный номер адреса медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации, адреса, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке в государственном адресном реестре | 12 |
| Адрес электронной почты, номер телефона медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность) | 13 |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя и иных лиц медицинской организации, имеющих право действовать от имени медицинской организации без доверенности (для медицинской организации) | 14 |
| Банковские реквизиты медицинской организации | 15 |
| Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности | 16 |
| Сведения об обособленных структурных подразделениях медицинской организации, осуществляющих деятельность по реализации территориальной программы субъекта Российской Федерации | 17 |
| Сведения об адресах оказания медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации, расположенных по данным адресам обособленных структурных подразделений медицинской организации и (или) наименованиях структурных подразделений медицинской организации, расположенных по данным адресам (при наличии), уникальные номера адресов оказания медицинской помощи в государственном адресном реестре | 18 |
| Мощность коечного фонда медицинской организации и количество врачей, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи, в разрезе профилей и адресов оказания медицинской помощи | 19 |
| Дата включения медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, на соответствующий финансовый год | 20 |
| Виды, условия и профили медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией в рамках территориальной программы, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии) | 21 |
| Сведения о договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенном с медицинской организацией | 22 |
| Сведения об объемах оказания медицинской помощи и о ее финансовом обеспечении, распределенных медицинской организации решением Комиссии, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии) | 23 |
| Сведения о способах оплаты медицинской помощи, установленных для медицинской организации в тарифном соглашении субъекта Российской Федерации, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии) | 24 |
| Сведения о тарифах на оплату медицинской помощи, а также элементах структур тарифов на оплату медицинской помощи, установленных для медицинской организации (обособленных структурных подразделений медицинской организации) в тарифном соглашении субъекта Российской Федерации | 25 |
| Фактические показатели деятельности медицинской организации в рамках реализации территориальной программы субъекта Российской Федерации на соответствующий финансовый год, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии) | 26 |
| Дата исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного страхования, в соответствующем финансовом году | 27 |
| Причина и основание исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного страхования, в соответствующем финансовом году | 28 |

Приложение N 5

к Правилам обязательного медицинского

страхования, утвержденным приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 28 февраля 2019 г. N 108н

ЗНАЧЕНИЯ

КОЭФФИЦИЕНТОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ

ОПЛАТЫ ЗАТРАТ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ОКАЗАНИЕ

МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РАЗМЕРА ШТРАФА ЗА НЕОКАЗАНИЕ,

НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ

ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Список изменяющих документов(введеныПриказом Минздрава России от 26.03.2021 N 254н;в ред. Приказов Минздрава России от 01.07.2021 N 696н,от 21.02.2022 N 100н, от 13.12.2022 N 789н) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Код нарушения/дефекта | Перечень оснований | Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи | Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества |
| Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля |
| 1.1. | Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения. | 0 | 0,3 |
| 1.2. | Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения (в случае, если установление диагноза и постановка на диспансерное наблюдение должно быть осуществлено в рамках одного случая оказания медицинской помощи). | 0 | 1 |
| (в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |
| 1.3. | Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей. | 1 | 0,3 |
| 1.4. | Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе: |
| 1.4.1. | наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета; | 1 | 0 |
| 1.4.2. | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | 1 | 0 |
| 1.4.3. | наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам; | 1 | 0 |
| 1.4.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов; | 1 | 0 |
| 1.4.5. | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); | 1 | 0 |
| 1.4.6. | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты; | 1 | 0 |
| 1.5. | Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе); | 1 | 0 |
| 1.6. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе: |
| 1.6.1. | включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в программу обязательного медицинского страхования; | 1 | 0 |
| 1.6.2. | предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании; | 1 | 0 |
| (в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |
| 1.6.3. | предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании; | 1 | 0 |
| (в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |
| 1.6.4. | включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности. | 1 | 0 |
| (в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н) |
| 1.7. | Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе: |
| 1.7.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, неустановленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании; | 1 | 0 |
| (в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |
| 1.7.2. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании. | 1 | 0 |
| (в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |
| 1.8. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований: |
| 1.8.1. | включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации; | 1 | 0 |
| 1.8.2. | предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности по случаям оказания медицинской помощи, завершившимся после прекращения действия лицензии медицинской организации; | 1 | 0 |
| (в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |
| 1.8.3. | предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов). | 1 | 0 |
| 1.9. | Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи. | 1 | 0 |
| 1.10. | Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе: |
| 1.10.1. | позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее); | 1 | 0 |
| 1.10.2. | дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре; | 1 | 0 |
| 1.10.3. | стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией; | 1 | 0 |
| 1.10.4. | стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию. | 1 | 0 |
| 1.10.5. | включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме); | 1 | 0 |
| 1.10.6. | включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения. | 1 | 0 |
| Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы |
| 2.1. | Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования; | 0 | 0,3 |
| 2.2. | Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи. | 1 | 3 |
| 2.3 - 2.6. | Утратили силу. - Приказ Минздрава России от 21.02.2022 N 100н. |
| 2.7. | Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее (за исключением случаев, связанных с патологией беременности и родами) в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией). | 1 | 0,3 |
| (в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |
| 2.8. | Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях). | 1 | 0,3 |
| 2.9. | Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования. | 0 | 1 |
| 2.10. | Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов [<1>](#P2504), и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека [<2>](#P2505), на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи. | 0,5 | 0,5 |
| (в ред. Приказа Минздрава России от 01.07.2021 N 696н) |
| 2.11. | Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации. | 0 | 0,6 |
| 2.12. | Непредставление медицинской документации, учетно-отчетной документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, а также результатов внутреннего и внешнего контроля медицинской организации, безопасности оказания медицинской помощи без объективных причин в течение 10 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации, или специалиста-эксперта, эксперта качества медицинской помощи, действующего по их поручению. | 1 | 0 |
| (в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |
| 2.13. | Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях [<3>](#P2506). | 0,1 | 0 |
| 2.14. | Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятий, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и/или учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы). | 0,5 | 0 |
| 2.15. | Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней). | 1 | 0 |
| 2.16. | Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе: |
| 2.16.1. | оплаченный случай оказания медицинской помощи не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании; | 0,1 | 0,3 |
| (в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |
| 2.16.2. | включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу; | 1 | 1 |
| 2.16.3. | некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации. | 1 |  |
| (п. 2.16.3 введенПриказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |
| 2.17. | Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. | 0 | 0,3 |
| 2.18. | Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования. | 0 | 0,3 |
| Раздел 3 Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи |
| 3.1. | Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, с учетом рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий: |
| (в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |
| 3.1.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | 0,1 | 0 |
| 3.1.2. | приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях; | 0,3 | 0 |
| 3.1.3. | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания; | 0,4 | 0,3 |
| 3.1.4. | приведшее к инвалидизации; | 0,9 | 1 |
| 3.1.5. | приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов); | 1 | 3 |
| 3.2. | Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий: |
| 3.2.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | 0,1 | 0 |
| 3.2.2. | приведшее 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 медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 0,4 | 0,3 |
| 3.2.3. | приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 0,9 | 1 |
| 3.2.4. | приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 1 | 3 |
| 3.2.5. | рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций; | 0,9 | 1 |
| 3.2.6. | по результатам проведенного диспансерного наблюдения | 0,9 | 1 |
| 3.3. | Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания. | 0,5 | 0,6 |
| 3.4. | Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях). | 0,5 | 0,3 |
| 3.5. | Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация). | 0,3 | 0 |
| 3.6. | Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица. | 0,8 | 1 |
| 3.7. | Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в течение суток в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций). | 1 | 0,3 |
| 3.8. | Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки. | 1 | 0,3 |
| 3.9. | Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов. | 1 | 0,3 |
| 3.10. | Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов 2 - 3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований (за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме). | 0,9 | 0,5 |
| (в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |
| 3.11. | Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи. | 0,5 | 0 |
| 3.12. | Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача. | 0 | 0,3 |
| 3.13. | Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, связанные с риском для здоровья пациента. | 0,5 | 0,6 |
| (в ред. Приказа Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |
| 3.14. | Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе: |
| (п. 3.14 введенПриказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |
| 3.14.1. | с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья; |  | 1 |
| (п. 3.14.1 введенПриказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |
| 3.14.2. | с последующим ухудшением состояния здоровья; |  | 2 |
| (п. 3.14.2 введенПриказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |
| 3.14.3. | приведший к летальному исходу. |  | 3 |
| (п. 3.14.3 введенПриказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |
| 3.15. | Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в указанный порядок исследований, в том числе: |
| (п. 3.15 введенПриказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |
| 3.15.1. | с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья; |  | 1 |
| (п. 3.15.1 введенПриказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |
| 3.15.2. | с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения); |  | 2 |
| (п. 3.15.2 введенПриказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |
| 3.15.3. | приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения). |  | 3 |
| (п. 3.15.3 введенПриказом Минздрава России от 21.02.2022 N 100н) |

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

<1>Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12 октября 2019 г. N 2406-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, N 42, ст. 5979; 2020, N 48, ст. 7813).

<2>Распоряжение Правительства Российской Федерации 31 декабря 2018 г. N 3053-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, N 2, ст. 196; N 41, ст. 5780).

<3> В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2020, N 29, ст. 4516).

Приложение N 6

к Правилам обязательного медицинского

страхования, утвержденным приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 28 февраля 2019 г. N 108н

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Список изменяющих документов(введено Приказом Минздрава России от 13.12.2022 N 789н) |  |

Форма

 В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование страховой медицинской организации (филиала)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о выборе (замене) страховой медицинской организации <1>

Прошу зарегистрировать меня (гражданина, представителем которого я

являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по

обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Наименование страховой медицинской организации

|  |
| --- |
| в связи с (нужное отметить знаком "V"): |
|  | 1) выбором страховой медицинской организации; |  | и выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" полис обязательного медицинского страхования (нужное отметить знаком "V"): |
|  | 2) заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года; |  |
|  | 3) заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства; |  |  | 1) в форме бумажного бланка; |
|  | 4) заменой страховой медицинской организации в связи с прекращением действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. |  |  | 2) отказ от получения полиса |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер полиса <2>: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Отсутствует <3> |  |
|  |
| (Наименование страховой медицинской организации, в которой лицо застраховано на дату подачи заявления (при подаче заявления в иную организацию) |
| С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен |  |
| (подпись застрахованного лица или его представителя) |

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

<1> При заполнении заявления исправления не допускаются.

<2> Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского

страхования единого образца.

<3> Отмечается знаком "V", если полис обязательного медицинского

страхования единого образца гражданину ранее не выдавался.

 УЧЕТНЫЕ ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

 1. Сведения о застрахованном лице

1.1 Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1.2 Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе,

удостоверяющем личность <1>) ┌─┐ ┌─┐

1.3 Отчество (при наличии) <2> \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1.4 Пол: муж. │ │ жен. │ │

(указывается в точном соответствии с записью └─┘ └─┘

 в документе, удостоверяющем личность) (нужное отметить

 знаком "V")

1.5 Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком "V):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1) работающий гражданин Российской Федерации; |  |  | 9) неработающее лицо без гражданства; |
|  | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |  |  | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах"; |
|  | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |  |  | 11) временно пребывающий на территории Российской Федерации в соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г. (далее - договор о ЕАЭС) трудящийся иностранный гражданин государств - членов ЕАЭС; |
|  | 4) работающее лицо без гражданства; |  |  | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее - Комиссия); |
|  | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах"; |  |  | 13) должностное лицо Комиссии; |
|  | 6) неработающий гражданин Российской Федерации; |  |  | 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации; |
|  | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |  |  | 15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия; |
|  | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |  |  | 16) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия. |

Не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи

высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом

от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в

Российской Федерации" и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в

организации оказания медицинской помощи лицом <3> \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись застрахованного лица

 или его представителя)

1.6 Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1.7 Место рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год) (указывается

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.8 Вид документа, удостоверяющего личность, или 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.9 Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1.10 Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.11 Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (название государства; лицо без гражданства)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.12 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации <4>:

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

а) почтовый индекс │ │ │ │ │ │ │ б) субъект Российской

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┘ Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (республика, край, область, округ)

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

д) населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (село, поселок и другие) (проспект, переулок и другие)

ж) N дома (владения) \_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_

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

┌─┐

│ │ лицо без определенного места жительства <5>

└─┘

1.13 Адрес места пребывания <6> (указывается в случае пребывания гражданина

 по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

а) почтовый индекс │ │ │ │ │ │ │ б) субъект Российской

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┘ Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (республика, край, область, округ)

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

д) населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (село, поселок и другие) (проспект, переулок и другие)

ж) N дома (владение) \_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_

1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в

 Российской Федерации <7>:

 а) вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 г) кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.15 Срок действия вида на жительство или другого документа,

 подтверждающего право на проживание (временного проживания) на

территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица

 без гражданства):

 с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.16 Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства -

 члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия:

 N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата подписания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Наименование организации,

 город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.17 Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов

 коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС,

находящихся на территории Российской Федерации:

 а) серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ б) номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.18 Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о

 ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств -

 членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.19 Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.20 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

 (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.21 Контактная информация:

1.21.1 Телефон (с кодом): мобильный \_\_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_\_

1.21.2 Адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.22 Приоритетные способы информирования и (или) информационного

 сопровождения застрахованного лица:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | SMS-информирование; |  |  | Почтовая рассылка; |
|  | Электронная почта; |  |  | Телефонный обзвон; |
|  | Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры); |  |  | Иные способы информирования (указать): |

 2. Сведения о представителе застрахованного лица <8>

2.1 Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.2 Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе,

удостоверяющем личность)

2.3 Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе,

удостоверяющем личность)

 ┌─┐ ┌─┐

2.4 <\*> Пол: муж. │ │ жен. │ │ 2.5 <\*> Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 └─┘ └─┘ (число, месяц, год)

 (нужное отметить знаком "V")

2.6 <\*> Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (название государства; лицо без гражданства)

 ┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

2.7 Статус законного представителя │ │ Мать │ │ Опекун │ │Усыновитель

 застрахованного лица ├─┤ ├─┤ └─┘

 (нужное отметить знаком "V"): │ │ Отец │ │ Попечитель

 └─┘ └─┘

2.8 Вид документа, удостоверяющего личность или 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.9 Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.10 Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.11 <\*> Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного

 представителя застрахованного лица:

 Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.12 <\*> Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

 (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.13 <\*> Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_

2.14 <\*> Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации <5>:

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 а) почтовый индекс│ │ │ │ │ │ │ б) субъект Российской

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┘ Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (республика, край, область, округ)

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

 д) населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ж) N дома (владения) \_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_

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

┌─┐

│ │ лицо без определенного места жительства <10>

└─┘

2.15 <\*> Адрес места пребывания" <11> (указывается в случае пребывания

 гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту

 жительства):

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 а) почтовый индекс│ │ │ │ │ │ │ б) субъект Российской

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┘ Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (республика, край, область, округ)

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

 д) населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ж) N дома (владения) \_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_

2.16 Телефон (с кодом): мобильный \_\_\_\_\_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_

2.17 Адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись застрахованного лица/ (расшифровка подписи) (число, месяц, год)

 его представителя) <3>

Данные подтверждены: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись представителя страховой (расшифровка подписи)

 медицинской организации (филиала)

 М.П.

┌─┐

│ │ Согласен(на) на индивидуальное информационное сопровождение СМО на всех

└─┘ этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания

 медицинской помощи в системе ОМС, а также на устное или письменное

информирование по указанным мной контактным данным (СМС-сообщение,

 приложение-мессенджер, электронное письмо, телефонныйобзвон, почтовая

 рассылка, иные способы индивидуального информирования) в рамках

законодательства ОМС (о порядке получения полиса, необходимости

 прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации,

 диспансерного наблюдения, иное информирование) <3> и получение выписки

 о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной

 почте.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись застрахованного лица/ (расшифровка подписи)

 его представителя) <12>

┌─┐

│ │ Согласие на обработку персональных данных в соответствии с частью 4

└─┘ статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных

 данных", даю согласие на обработку моих персональных данных, в том

числе сведений, содержащихся в копии основного документа,

 удостоверяющего личность, адреса электронной почты, включая сбор,

запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление,

 изменение), использование, обезличивание, блокирование, удаление,

 уничтожение.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_".

(подпись застрахованного лица/ (расшифровка подписи)

 его представителя) <12>

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

<1> Для ребенка в возрасте до 14 лет - свидетельство о рождении.

<2> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<3> Поле обязательное для заполнения.

<4> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<5> Отмечается знаком "V".

<6> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

<7> Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 14 Правил обязательного медицинского страхования.

<8> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<9> Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.

<10> Отмечается знаком "V".

<11> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица.

<12> Нужное подчеркнуть.

<\*> Сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного пунктом 34 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 N 108н.