

Зарегистрировано в Минюсте РФ 30 декабря 2022 г.
Регистрационный № 71905

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 декабря 2022 г. № 789н
"О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования,
утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от
28 февраля 2019 г. № 108н"

В соответствии с подпунктом 5.2.136 пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526), приказываю:

Утвердить изменения, которые вносятся в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2019г., регистрационный № 54643), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 апреля 2020 г. № 299н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 апреля 2020 г., регистрационный № 58074), от 25 сентября 2020 г. № 1024н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2020 г., регистрационный № 60369), от 10 февраля 2021 г. № 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 марта 2021 г., регистрационный № 62797), от 26 марта 2021 г. № 254н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2021 г., регистрационный № 63210), от 1 июля 2021 г. № 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64445), от 3 сентября 2021 г. № 908н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 октября 2021 г., регистрационный № 65295), от 15 декабря 2021 г. № 1148н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 января 2022 г., регистрационный № 66968) и от 21 февраля 2022 г. № 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный № 67559), согласно приложению.

Министр

М.А. Мурашко

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 13 декабря 2022 г. № 789н

Изменения, которые вносятся в Правила обязательного медицинского страхования,
утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от
28 февраля 2019 г. № 108н

1. В пункте 1:

а) слова "(далее - Правила)" исключить;

б) сноску 1 изложить в следующей редакции:

"¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 2010 № 49, ст. 6422; 2021, № 50, ст. 8412."

2. В пункте 2:

а) перед словами "Правила устанавливают" дополнить словом "Настоящие";

б) после слов "порядок подачи" дополнить словами "заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц,";

в) после слов "заявления о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования" дополнить словами "на материальном носителе";

г) слова "либо временного свидетельства" исключить;

д) после слов "по территориальным программам обязательного медицинского страхования" дополнить словами "(далее - территориальные программы)";

е) после слов "территориальным фондом обязательного медицинского страхования" дополнить словами "(далее - территориальный фонд)".

3. Главы II - IV изложить в следующей редакции:

"II. Порядок подачи заявлений о включении в единый регистр застрахованных лиц, о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом и заявления о сдаче (утрате) полиса

обязательного медицинского страхования на материальном носителе

3. В соответствии с частью 1 статьи 16 Федерального закона застрахованные лица имеют право на выбор или замену страховой медицинской организации, а также на включение в единый регистр застрахованных лиц, в соответствии с частью 1 статьи 46 Федерального закона, путем подачи заявления в порядке, установленном настоящей главой.

4. Выбор или замена страховой медицинской организации в соответствии с частью 4 статьи 16 Федерального закона осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме - одним из его родителей или другими законными представителями), путем подачи заявления в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций или иные организации, уполномоченные субъектом Российской Федерации (далее - иные организации), при условии, что между страховой медицинской организацией и иной организацией заключен договор на оказание данных услуг.

5. Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения и до реализации в отношении ребенка права выбора страховой медицинской организации, но не позднее истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения, осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем (далее - законные представители).

6. Форма заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации содержится в приложении № 6 к настоящим Правилам².

7. Заявление о включении в единый регистр застрахованных лиц, бланк которого размещается в соответствии с форматами информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, опубликованными на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд) в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"³, с учетом приложений должна содержать следующие сведения:

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

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

место рождения;

гражданство;

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

реквизиты документа, удостоверяющего личность (для детей в возрасте до четырнадцати лет - реквизиты записи акта о рождении, реквизиты документа иностранного государства о регистрации рождения в случае регистрации рождения вне пределов Российской Федерации);

место жительства (на основании регистрации);

место пребывания (в случае, отличном от "места жительства" вносится на основании фактического места пребывания);

дату регистрации;

категорию застрахованного лица;

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

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол (сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного пунктом 34 настоящих Правил);

дату рождения (сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного пунктом 34 настоящих Правил);

гражданство (сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного пунктом 34 настоящих Правил);

реквизиты документа, удостоверяющего личность;

статус представителя;

реквизиты документа, удостоверяющего статус представителя (сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного пунктом 34 настоящих Правил);

СНИЛС (при наличии) (сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного пунктом 34 настоящих Правил);

полис обязательного медицинского страхования (далее - полис) (при наличии) (сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного пунктом 34 настоящих Правил);

место жительства (на основании регистрации) (сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного пунктом 34 настоящих Правил);

место пребывания (в случае, отличном от "места жительства" вносится на основании фактического места пребывания) (сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного пунктом 34 настоящих Правил);

3) наименование страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом;

4) наименование страховой медицинской организации, в которой лицо застраховано на дату подачи заявления (при подаче заявления в иную организацию), (для заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации);

5) о намерении получить полис на материальном носителе (далее - выписка о полисе) (заполняется при обращении в страховую медицинскую организацию);

6) о согласии на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (для лиц, не достигших возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"⁴ (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ), и граждан, признанных недееспособными, - согласие представителя в случае подачи им заявления);

7) контактные данные застрахованного лица (представителя, в том числе законного представителя), обязательные для заполнения в случае наличия согласия, предусмотренного подпунктом 6 пункта 7 настоящих Правил:

адрес электронной почты (при наличии);

телефон (мобильный и/или стационарный);

почтовый адрес;

личный кабинет застрахованного лица в федеральной государственной информационной системе "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" (далее - Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)).

Застрахованное лицо выбирает предпочтительные для него виды связи для информирования, заполняя при этом соответствующие поля раздела заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц.

8. В случае подачи в соответствии с частью 1 статьи 46 Федерального закона застрахованным лицом лично или через представителя (в том числе законного представителя) заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц одновременно с ним подается заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации.

9. Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации и заявление о включении в единый регистр застрахованных лиц подаются в следующих формах:

1) на бумажном носителе, путем обращения в страховую медицинскую организацию (иную организацию) лично или посредством почтовой связи;

2) электронного документа, направляемого через официальный сайт территориального фонда в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - официальный сайт) (при условии прохождения застрахованным лицом или законным представителем процедуры идентификации и аутентификации в соответствии с законодательством Российской Федерации⁵) или Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)^{5.1}.

10. В случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц в форме электронного документа посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) указанные заявления подписываются усиленной неквалифицированной электронной подписью, сертификат ключа проверки которой создан и используется в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме, в установленном Правительством Российской Федерации порядке^{5.2}.

В случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц в форме электронного документа через официальный сайт указанные заявления подписываются усиленной квалифицированной электронной подписью застрахованного лица или представителя (в том числе законного представителя).

11. При подаче заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц на бумажном носителе заявления заверяются подписью представителя страховой медицинской организации (иной организации), уполномоченного руководителем

страховой медицинской организации (иной организации) на прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации, а также печатью страховой медицинской организации (иной организации), при наличии печати.

12. При принятии заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц в форме электронного документа через официальный сайт территориальный фонд направляет заявителю подтверждение приема заявлений в соответствии с указанными в заявлениях видами связи для информирования.

13. При принятии заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц в форме электронного документа через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) территориальный фонд направляет сведения в Федеральный фонд для последующего отражения на Едином портале государственных и муниципальных услуг (функций) уведомления заявителю о приеме его заявления в форме электронного документа.

14. Сведения, указанные в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации и заявлении о включении в единый регистр застрахованных лиц, подаваемые на бумажном носителе, подтверждаются предъявлением оригиналов следующих документов, необходимых для регистрации в качестве застрахованного лица, или их заверенных копий^{5.3}:

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

свидетельство о рождении;

СНИЛС (при наличии);

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

документ, удостоверяющий личность;

СНИЛС (при наличии);

3) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19 февраля 1993 г. № 4528-1 "О беженцах"^{5.4} (далее - Федеральный закон "О беженцах"), - удостоверение беженца, или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в федеральный орган исполнительной власти в сфере внутренних дел, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации;

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

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина^{5.5};

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

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

документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства^{5.5};

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

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

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации^{5.5};

СНИЛС (при наличии);

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

документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность^{5.5};

СНИЛС (при наличии);

8) для представителя:

документ, удостоверяющий личность;

СНИЛС (при наличии);

полис (при наличии);

доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленная в соответствии со статьей 185 Гражданского кодекса Российской Федерации;

Федерации^{5,6};

- 9) для законного представителя:
 - документ, удостоверяющий личность;
 - документ, удостоверяющий статус законного представителя;
 - СНИЛС (при наличии);
 - полис (при наличии).

15. В случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц в форме электронного документа представляются следующие верифицированные сведения из документов застрахованного лица:

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

- реквизиты записи акта о рождении;
- серия и номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность законного представителя;
- СНИЛС (при наличии);

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

- серия и номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность;
- СНИЛС (при наличии);

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

- серия и номер документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
- гражданство;
- номер и дата принятия решения о выдаче вида на жительство;
- СНИЛС (при наличии);

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

- серия и номер документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
- гражданство;
- номер и дата принятия решения о разрешении на временное проживание;
- СНИЛС (при наличии).

16. Временно пребывающие на территории Российской Федерации в соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г.^{5,7} (далее соответственно - договор о ЕАЭС, ЕАЭС), трудящиеся иностранные граждане государств - членов ЕАЭС (далее - трудящийся государства - члена ЕАЭС), а также работающие на территории Российской Федерации члены Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее - члены коллегии Комиссии), должностные лица (граждане государств - членов ЕАЭС, назначенные на должности директоров департаментов Евразийской экономической комиссии и заместителей директоров департаментов указанной комиссии), сотрудники органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации (граждане государств - членов ЕАЭС, не являющиеся должностными лицами, на основе заключаемых с ними трудовых договоров (контрактов) (далее соответственно - член коллегии Комиссии, должностное лицо, сотрудник органа ЕАЭС), имеют право на выбор или замену страховой медицинской организации и на включение в единый регистр застрахованных лиц путем подачи заявления в порядке, установленном настоящей главой.

17. Для выбора или замены страховой медицинской организации и для включения в единый регистр застрахованных лиц иностранный гражданин, указанный в пункте 16 настоящих Правил, лично либо через представителя обращается в выбранную страховую медицинскую организацию (иные организации), с заявлениями о выборе (замене) страховой медицинской организации, о включении в единый регистр застрахованных лиц, которые должны содержать следующие сведения о застрахованном лице:

- фамилию, имя, отчество (при наличии);
- пол;
- дату рождения;
- место рождения;
- гражданство;
- СНИЛС (при наличии).

В качестве реквизитов документа, удостоверяющего личность, указываются:

серия, номер паспорта иностранного гражданина либо иного документа, установленного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, в том числе сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе;

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

сведения о месте пребывания с указанием срока пребывания;

серию и номер документа, подтверждающего отнесение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации.

Федерации;

катеорию застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств - членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование; контактную информацию в соответствии с подпунктом 7 пункта 7 настоящих Правил.

18. Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации и заявление о включении в единый регистр застрахованных лиц оформляются иностранными гражданами, указанными в пункте 16 настоящих Правил, на бумажном носителе и подаются непосредственно в страховую медицинскую организацию.

19. Сведения, указанные в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации и заявлении о включении в единый регистр застрахованных лиц, подаваемые иностранными гражданами, указанными в пункте 16 настоящих Правил, подтверждаются предъявлением оригиналов следующих документов или их заверенных копий, необходимых для регистрации в качестве застрахованного лица:

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

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

СНИЛС (при наличии);

трудовой договор трудящегося государства - члена ЕАЭС;

отрывная часть бланка уведомления о прибытии иностранного гражданина или лица без гражданства в место пребывания^{5,8} или ее копия с указанием места и срока пребывания;

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

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

СНИЛС (при наличии);

документ, подтверждающий отнесение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц, сотрудников органов ЕАЭС.

20. На основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц, а также при предъявлении документов, указанных в пунктах 14, 15 и 19 настоящих Правил, страховая медицинская организация обеспечивает внесение сведений, указанных в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации и заявлении о включении в единый регистр застрахованных лиц, в единый регистр застрахованных лиц и предоставляет по запросу застрахованного лица выписку из единого регистра застрахованных лиц, содержащую сведения о полисе в соответствии с главой IV настоящих Правил.

21. Замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, застрахованное лицо в соответствии с пунктом 3 части 1 статьи 16 Федерального закона вправе осуществлять один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства (за исключением случаев переезда на новое место жительства в пределах одного субъекта Российской Федерации) или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (далее - договор о финансовом обеспечении) путем подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации во вновь выбранную страховую медицинскую организацию.

22. Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным в страховой медицинской организации, определенной территориальным фондом в порядке, предусмотренном частью 6 статьи 16 Федерального закона. Если застрахованным лицом не было подано заявление о замене страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным той страховой медицинской организацией, которой оно было застраховано ранее.

В случае изменения места жительства застрахованного лица и отсутствия по новому месту жительства застрахованного лица страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией лицо, не подавшее заявление о замене страховой медицинской организации, считается застрахованным в страховой медицинской организации, определенной территориальным фондом в порядке, предусмотренном частью 6 статьи 16 Федерального закона.

23. При досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении по инициативе страховой медицинской организации за три месяца до даты расторжения указанного договора страховая медицинская организация в соответствии с частью 15 статьи 38 Федерального закона обязана уведомить территориальный фонд и застрахованных лиц о намерении расторгнуть договор о финансовом обеспечении.

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

25. Сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию с заявлением о выборе страховой медицинской организации, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации, ежемесячно до 10-го числа направляются территориальным фондом в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них. Соотношение работающих граждан и неработающих граждан, не обратившихся в страховую медицинскую организацию, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации должно быть равным.

26. В соответствии с частью 3 статьи 49¹ Федерального закона граждане Российской Федерации, указанные в части 1 статьи 49¹ Федерального закона (за исключением проходящих военную службу по призыву), обязаны сообщить о необходимости приостановления действия их полиса, а также сдать полис на материальном носителе (при наличии) или сообщить о его утрате путем подачи заявления о сдаче (утрате) полиса на материальном носителе или заявления о приостановлении действия полиса (бланки заявлений размещаются в соответствии с форматами информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, которые опубликовываются на официальном сайте Федерального фонда в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет") одним из способов, выбранным застрахованным лицом:

в любую страховую медицинскую организацию или любой территориальный фонд лично или через представителя;

посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций).

Заявление о сдаче (утрате) полиса на материальном носителе или заявление о приостановлении действия полиса должны содержать следующие сведения:

1) о застрахованном лице:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

место рождения;

гражданство;

СНИЛС (при наличии);

реквизиты документа, удостоверяющего личность;

контактную информацию;

2) о представителе:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

дату рождения;

гражданство;

реквизиты документа, удостоверяющего личность;

реквизиты доверенности на подачу заявления о сдаче (утрате) полиса на материальном носителе или заявления о приостановлении действия полиса, оформленной в соответствии со статьей 185 Гражданского кодекса Российской Федерации;

контактную информацию;

3) номер полиса (указывается только при сдаче полиса на материальном носителе).

27. С заявлением о сдаче (утрате) полиса на материальном носителе или заявлением о приостановлении действия полиса предъявляются следующие документы:

документ, удостоверяющий личность;

СНИЛС (при наличии);

полис (представляется только при сдаче полиса на материальном носителе).

Представитель предъявляет:

документ, удостоверяющий личность;

доверенность на подачу заявления о сдаче (утрате) полиса на материальном носителе или заявления о приостановлении действия полиса, оформленная в соответствии со статьей 185 Гражданского кодекса Российской Федерации.

III. Единые требования к полису обязательного медицинского страхования

28. Полис представляет собой уникальную последовательность символов в машиночитаемом виде, которая присваивается сведениям о застрахованном лице в едином регистре застрахованных лиц при

ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах^{5.9}.

29. Полис единого образца в форме бумажного бланка или в виде пластиковой карты с электронным носителем информации, в соответствии с положениями Федерального закона, в редакции, действующей до 1 января 2022 года (далее - полис на бланке), действителен в течение всего периода действия и замены не требует.

30. При переоформлении и (или) утрате полиса на бланке замена бланка, не производится.

31. После 1 декабря 2022 года полис, в том числе переоформленный, может быть выдан по запросу застрахованного лица или представителя (в том числе законного представителя) (бланк запроса о выписке размещается в соответствии с форматами информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, которые опубликовываются на официальном сайте Федерального фонда в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет") в виде документа на материальном носителе, предназначенном для нанесения, хранения и передачи полиса в форме выписки из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе (далее - выписка о полисе), а также в виде штрихового кода (графической информации в кодированном виде), выполненного посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций).

32. Выписка о полисе (бланк выписки о полисе размещается в соответствии с форматами информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, которые опубликовываются на официальном сайте Федерального фонда в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет") выдается в день подачи соответствующего запроса и содержит следующие сведения:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

дату рождения;

пол;

гражданство;

номер полиса (ЕНП);

срок действия полиса (при наличии);

штриховой код полиса;

реестровый номер страховой медицинской организации;

наименование страховой медицинской организации;

контактный номер телефона страховой медицинской организации; субъект Российской Федерации, в котором выдан полис.

33. В составе штрихового кода содержатся следующие сведения о застрахованном лице из единого регистра застрахованных лиц:

номер полиса;

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

срок действия полиса (при наличии);

тип штрихового кода (содержит "1");

электронная подпись организации, сформировавшей штриховой код.

34. На основании постановления Правительства Российской Федерации от 7 сентября 2022 г. № 1578 "О сроках одновременного использования единого федерального информационного регистра, содержащего сведения о населении Российской Федерации, и государственных информационных систем органов и организаций, указанных в статье 10 Федерального закона "О едином федеральном информационном регистре, содержащем сведения о населении Российской Федерации", при организации межведомственного информационного взаимодействия в целях предоставления государственных и муниципальных услуг и выполнения государственных и муниципальных функций в переходный период"^{5.10} установлено, что в течение переходного периода, сроки которого установлены частью 1 статьи 13 Федерального закона от 8 июня 2020 г. № 168-ФЗ "О едином федеральном информационном регистре, содержащем сведения о населении Российской Федерации"^{5.11} (далее - Федеральный закон № 168-ФЗ), допускается одновременное использование единого федерального информационного регистра, содержащего сведения о населении Российской Федерации, и государственных информационных систем органов и организаций, указанных в статье 10 Федерального закона № 168-ФЗ, при организации межведомственного информационного взаимодействия в целях предоставления государственных и муниципальных услуг и выполнения государственных и муниципальных функций.

35. Застрахованные лица при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев получения медицинской помощи в экстренной форме:

1) в течение переходного периода, сроки которого установлены частью 1 статьи 13 Федерального закона № 168-ФЗ, предъявляют полис на бланке либо выписку о полисе, а при наличии технической возможности однозначной идентификации застрахованного лица в едином регистре застрахованных лиц идентификация застрахованных лиц может осуществляться при предъявлении застрахованным лицом или

представителем (в том числе законным представителем) документа, удостоверяющего личность застрахованного лица;

2) по истечении переходного периода, сроки которого установлены частью 1 статьи 13 Федерального закона № 168-ФЗ, предъявляют по своему выбору полис на бланке, выписку о полисе, либо документ, удостоверяющий личность (для детей в возрасте до четырнадцати лет - свидетельство о рождении).

IV. Порядок включения сведений о застрахованных лицах в единый регистр застрахованных

36. Запись в едином регистре застрахованных лиц формируется при первоначальном включении сведений о застрахованном лице в единый регистр застрахованных лиц территориальным фондом в случае:

1) принятия решения после рассмотрения заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц, поданного застрахованным лицом лично или через представителя (в том числе законного представителя);

2) получения сведений в рамках межведомственного информационного взаимодействия в соответствии с Федеральным законом в части:

составления записи акта о рождении ребенка;

приобретения лицом гражданства Российской Федерации;

получения иностранным гражданином, лицом без гражданства вида на жительство в Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом № 115-ФЗ;

получения иностранным гражданином, лицом без гражданства разрешения на временное проживание в Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом № 115-ФЗ;

признания лица беженцем в соответствии с Федеральным законом "О беженцах";

предоставления сведений об изменении статуса (работающий, неработающий) в отношении лиц, указанных в части 1¹ статьи 10 Федерального закона.

37. Гражданам Российской Федерации полис формируется без ограничения срока действия.

38. Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства формируется полис со сроком действия до конца текущего календарного года.

39. Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом "О беженцах", формируется полис со сроком действия до конца текущего календарного года, но не более срока пребывания, установленного в документах, указанных в подпункте 3 пункта 14 настоящих Правил.

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

41. Временно пребывающим в Российской Федерации трудящимся государств - членов ЕАЭС формируется полис со сроком действия до конца текущего календарного года, но не более срока действия трудового договора, заключенного с трудящимся государством - членом ЕАЭС.

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

43. При обращении граждан, указанных в пунктах 38-42 настоящих Правил, для оформления полиса в период с 1 ноября до 31 декабря текущего года, выдается полис со сроком действия до конца следующего календарного года, но не более срока пребывания, действия вида на жительство, действия разрешения на временное проживание, действия трудового договора или исполнения соответствующих полномочий.

Полис, выданный лицам, указанным в пунктах 38-42 настоящих Правил, признается недействительным в случаях, указанных в части 2 статьи 49¹ Федерального закона.

44. Лица, указанные в части 1¹ статьи 10 Федерального закона, включаются в единый регистр застрахованных лиц в случае уплаты за них страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в течение не менее трех лет суммарно в случае подтверждения их статуса работающего в соответствии с частью 2¹ статьи 49 Федерального закона. При утрате статуса работающего в соответствии с требованиями части 2 статьи 49¹ Федерального закона полис признается недействительным.

45. В день подачи застрахованным лицом или представителем (в том числе законным представителем) заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц страховая медицинская организация (иная организация), в которую были поданы указанные заявления, направляет информацию в территориальный фонд в соответствии с порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского

страхования, утвержденным в соответствии со статьей 33 Федерального закона (далее - порядок информационного взаимодействия).

46. Полис в виде штрихового кода выдается посредством использования Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций).

47. Страховая медицинская организация, выбранная застрахованным лицом при осуществлении замены страховой медицинской организации на основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации, не позднее одного рабочего дня, следующего за днем обращения застрахованного лица с заявлением, направляет информацию в территориальный фонд в соответствии с порядком информационного взаимодействия.

В случае наличия у застрахованного лица полиса на материальном носителе страховая медицинская организация вносит сведения о выбранной страховой медицинской организации в полис на материальном носителе (на полис единого образца в виде пластиковой карты с электронным носителем информации сведения вносятся при наличии у застрахованного лица пароля доступа держателя пластиковой карты).

При наличии соответствующего запроса застрахованного лица в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации страховая медицинская организация выдает застрахованному лицу выписку о полисе, содержащую сведения о застрахованном лице и выбранной им страховой медицинской организации, в том числе штриховой код.

48. В день подачи заявления о сдаче (утрате) полиса или заявления о приостановлении действия полиса страховая медицинская организация, в которую были поданы указанные заявления на бумажном носителе застрахованным лицом лично или представителем (в том числе законным представителем), обеспечивает внесение указанного заявления в единый регистр застрахованных лиц и направление его на рассмотрение в территориальный фонд.

49. Застрахованные лица уведомляют страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.

В случаях изменения фамилии, имени, отчества осуществляется переоформление полиса.

50. Переоформление полиса осуществляется также в случаях:

- 1) изменения даты рождения и пола застрахованного лица;
- 2) установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе;
- 3) необходимости продления действия полиса гражданам, указанным в пунктах 38-42 настоящих

Правил, при сохранении у них права на обязательное медицинское страхование в случае продления срока действия вида на жительство, действия разрешения на временное проживание, действия трудового договора или исполнения соответствующих полномочий.

51. Переоформление полиса осуществляется на основании заявления застрахованного лица или представителя (в том числе законного представителя) о переоформлении полиса (бланк которого размещается в соответствии с форматами информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, опубликованными на официальном сайте Федерального фонда в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет") при предъявлении документа, удостоверяющего личность, и документов, подтверждающих изменения.

Заявление о переоформлении полиса должно содержать сведения, указанные в подпунктах 1 - 3 и 5 пункта 7 настоящих Правил.

52. Заявление о переоформлении полиса подается в соответствии с пунктами 9-11 настоящих Правил. Посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) указанное заявление не подается.

53. В день подачи заявления о переоформлении полиса застрахованным лицом или представителем (в том числе законным представителем) страховая медицинская организация, в которую было подано заявление о переоформлении полиса, обеспечивает направление его на рассмотрение в территориальный фонд для включения в единый регистр застрахованных лиц.

54. Застрахованные лица могут получить выписку о переоформленном полисе посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) и сохранить на любой материальный носитель и/или запросить страховую медицинскую организацию выдать выписку о полисе, содержащую сведения о действующем полисе, в том числе штриховой код.

55. В случае утраты полиса на бланке выдача дубликата не производится. Застрахованное лицо или законный представитель может получить выписку о полисе посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) и сохранить на любой материальный носитель и/или запросить страховую медицинскую организацию выдать выписку о полисе, содержащую сведения о действующем полисе, в том числе штриховой код.

56. Не позднее одного рабочего дня, следующего за днем подачи заявлений, указанных в пунктах 45, 48 и 51 настоящих Правил, территориальный фонд, получивший информацию от страховой

медицинской организации, проводит форматно-логический контроль и осуществляет проверку в едином регистре застрахованных лиц на соответствие информации, включаемой в реестровые записи единого регистра застрахованных лиц, с иными сведениями единого регистра застрахованных лиц по:

- 1) фамилии, имени, отчеству (при наличии), дате и месту рождения застрахованного лица;
- 2) данным документа, удостоверяющего личность;
- 3) дате рождения, месту жительства и месту пребывания;
- 4) СНИЛС (при наличии).

Результат проверки направляется в страховую медицинскую организацию в соответствии с порядком информационного взаимодействия.

57. В случае выявления действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц территориальный фонд в течение одного рабочего дня со дня получения заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц, поданного одновременно с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации в страховую медицинскую организацию, направляет в страховую медицинскую организацию сведения о выявленном действующем полисе.

58. Страховая медицинская организация в течение трех рабочих дней со дня получения сведений, указанных в пункте 57 настоящих Правил, уведомляет застрахованное лицо либо представителя (в том числе законного представителя) об отказе во включении в единый регистр застрахованных лиц с указанием мотивов отказа.

59. В случае выявления действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц территориальный фонд в течение одного рабочего дня со дня получения заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц, в том числе поданного одновременно с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации на официальный сайт или на Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций), уведомляет застрахованное лицо либо представителя (в том числе законного представителя) о наличии действующего полиса и об отказе во включении в единый регистр застрахованных лиц с указанием мотивов отказа.

60. В случае отсутствия действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц территориальный фонд включает сведения о застрахованном лице в единый регистр застрахованных лиц, за исключением лиц, указанных в части 1¹ статьи 10 Федерального закона, не приобретших право на обязательное медицинское страхование в соответствии с пунктом 44 настоящих Правил.

61. Территориальный фонд в течение одного рабочего дня со дня формирования реестровой записи единого регистра застрахованных лиц информирует о формировании полиса страховую медицинскую организацию, принявшую заявление в соответствии с пунктом 45 настоящих Правил.

62. В случае выявления факта замены застрахованным лицом страховой медицинской организации чаще чем один раз в течение календарного года, несвязанное с изменением места жительства или с прекращением действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, предусмотренным настоящими Правилами, страховая медицинская организация в течение одного рабочего дня со дня получения указанных сведений уведомляет застрахованное лицо либо представителя (в том числе законного представителя), подавшего заявление в соответствии с пунктом 47 настоящих Правил, об отказе в замене страховой медицинской организации с указанием мотивов отказа.

63. В случае замены застрахованным лицом страховой медицинской организации не чаще, чем один раз в течение календарного года, или замены страховой медицинской организации, связанной с изменением места жительства застрахованного лица или по причине прекращения действия договора о финансовом обеспечении, предусмотренного настоящими Правилами, территориальный фонд обеспечивает обработку заявления, направленного в соответствии с пунктом 47 настоящих Правил, не позднее одного рабочего дня со дня его получения.

64. В случае отсутствия в представленных в соответствии с пунктом 51 настоящих Правил заявлениях противоречащей информации сведениям, содержащимся в едином регистре застрахованных лиц, территориальный фонд в течение одного рабочего дня со дня получения указанных сведений вносит изменения персонифицированных данных в единый регистр застрахованных лиц.

65. Федеральный фонд в целях формирования полиса обеспечивает внесение в единый регистр застрахованных лиц сведений, получаемых в рамках межведомственного информационного взаимодействия в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования^{5.12}.

66. Поданные застрахованным лицом или законным представителем заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц и заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в форме электронного документа посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) подписываются электронной подписью застрахованного лица или законного представителя и передаются на рассмотрение в единый регистр застрахованных лиц.

67. Федеральный фонд не позднее одного рабочего дня, следующего за днем получения сведений с Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций), обеспечивает их загрузку в единый

регистр застрахованных лиц.

68. Не позднее одного рабочего дня, следующего за днем включения сведений о застрахованном лице в единый регистр застрахованных лиц, указанных в пункте 65 настоящих Правил, территориальный фонд направляет сведения о включении в единый регистр застрахованных лиц или о внесении изменений в соответствии с заявлением либо о мотивированном отказе в Федеральный фонд в целях информирования застрахованного лица посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций).

69. В территориальных фондах, страховых медицинских организациях (иных организациях) приказом руководителя организации определяется круг лиц, имеющих доступ к персональным данным, необходимым для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.

70. Прием заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации, заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц, заявления о переоформлении полиса, заявления о сдаче (утрате) полиса на материальном носителе и заявления о приостановлении действия полиса, поданных на бумажном носителе застрахованными лицами лично или через представителя (в том числе законного представителя) осуществляется в предназначенных для этих целей помещениях (пунктах выдачи), в том числе мобильных, организованных на территории субъекта Российской Федерации страховыми медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление страхования по виду деятельности - обязательное медицинское страхование на территории данного субъекта Российской Федерации, либо иными организациями.

Для передвижения лиц с ограниченными возможностями, включая инвалидов, помещения (пункты выдачи) оборудуются пандусами, специальными ограждениями и перилами, обеспечивающими беспрепятственное передвижение, в том числе с использованием инвалидных колясок. Инвалидам с нарушением слуха и (или) речи, инвалидам по зрению и другим гражданам с ограниченными возможностями при необходимости оказывается соответствующая помощь.

Страховые медицинские организации (иные организации) могут организовать прием указанных в настоящем пункте заявлений в месте непосредственного нахождения застрахованного лица.

71. Страховые медицинские организации (иные организации) при подаче застрахованным лицом или представителем (в том числе законным представителем) заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц и заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации на бумажном носителе, а также при получении сведений о застрахованном лице, указанном в части 6 статьи 16 Федерального закона:

1) информируют застрахованное лицо в течение трех рабочих дней со дня получения сведений из территориального фонда о факте страхования и возможности получения выписки о полисе, содержащей, в том числе штриховой код, или внесения изменений в бланк полиса по видам связи для информирования, указанным застрахованным лицом в заявлении о включении в единый регистр застрахованных лиц и заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации;

2) обеспечивают по запросу застрахованного лица или представителя (в том числе законного представителя) выдачу выписки о полисе, содержащей, в том числе штриховой код, или внесение изменений в бланк полиса в соответствии с порядком, предусмотренным настоящими Правилами;

3) предоставляют информацию о правах и обязанностях застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, о порядке информационного сопровождения на всех этапах оказания им медицинской помощи, а также контактные телефоны территориального фонда и страховой медицинской организации, оформивших полис.

72. Застрахованные лица или представители (в том числе законные представители) уведомляют страховые медицинские организации об изменении контактных данных, указанных в заявлении о включении в единый регистр застрахованных лиц и заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации.

73. Полисы на бланке, заказанные в соответствии с положениями Федерального закона, действующего до 1 января 2022 года, должны быть выданы застрахованным лицам.

Испорченные, недействительные, невостребованные полисы на бланках хранятся в страховой медицинской организации в течение трех лет со дня приема заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации, заявления о переоформлении полиса и заявления о сдаче (утрате) полиса.

Полисы на бланках лиц, застрахованных в иных страховых медицинских организациях, подлежат передачи в территориальный фонд по месту страхования застрахованного лица.

74. По истечении срока хранения полисы на бланках подлежат списанию и уничтожению по решению комиссии по списанию и уничтожению полисов на бланках, признанных недействительными, создаваемой приказом страховой медицинской организации, согласованным с территориальным фондом, с оформлением акта списания и уничтожения бланков полисов в форме бумажного документа или пластиковой карты с электронным носителем информации, признанных недействительными или невостребованными.

75. В состав комиссии по списанию и уничтожению полисов на бланках, признанных недействительными, включаются представители территориального фонда и страховой медицинской

организации."

4. В пункте 77 сноску 6 изложить в следующей редакции:

"⁶ Постановление Правительства Российской Федерации от 5 ноября 2022 г. № 1998 "Об утверждении Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, № 46, ст. 8009)."

5. Пункты 78-80 изложить в следующей редакции:

"78. Страховая медицинская организация, принявшая от застрахованного лица, указанного в части 1 статьи 49¹ Федерального закона (за исключением проходящих военную службу по призыву), заявление о сдаче (утрате) полиса на материальном носителе или заявление о приостановлении действия полиса, не позднее одного рабочего дня, следующего за днем обращения застрахованного лица с указанными заявлениями, передает сведения о застрахованном лице, указанные в пункте 26 настоящих Правил, в территориальный фонд.

Территориальный фонд приостанавливает действие полиса лиц, застрахованных в субъекте Российской Федерации, со дня получения территориальным фондом сведений, указанных в пункте 26 настоящих Правил, и обеспечивает отражение данных сведений в едином регистре застрахованных лиц.

В день подачи заявления о сдаче (утрате) полиса на материальном носителе или заявления о приостановлении действия полиса в форме электронного документа посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) Федеральный фонд осуществляет проверку на наличие у застрахованного лица полиса и обеспечивает внесение сведений о застрахованном лице в единый регистр застрахованных лиц.

Не позднее одного рабочего дня, следующего за днем подачи заявления о приостановлении действия полиса в личном кабинете гражданина на Едином портале государственных и муниципальных услуг (функций), ему направляется уведомление о приостановлении действия полиса.

79. Федеральный фонд обеспечивает внесение в единый регистр застрахованных лиц следующих сведений, получаемых в рамках межведомственного информационного взаимодействия, используемых в качестве основания признания полиса недействительным в рамках ведения персонифицированного учета:

1) ежеквартально в течение 15 рабочих дней со дня получения сведений, предоставляемых федеральным органом исполнительной власти в сфере внутренних дел ежеквартально не позднее 15-го числа месяца, следующего за отчетным периодом:

о лицах, гражданство Российской Федерации которых прекращено;

об иностранных гражданах, лицах без гражданства, в отношении которых аннулирован вид на жительство в соответствии с Федеральным законом № 115-ФЗ;

об иностранных гражданах, лицах без гражданства, в отношении которых аннулировано разрешение на временное проживание в соответствии с Федеральным законом № 115-ФЗ;

о лицах, признанных беженцами, при утрате ими статуса беженца или лишении их статуса беженца в соответствии с Федеральным законом "О беженцах";

2) ежедневно в течение 1 рабочего дня со дня получения сведений, предоставляемых Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации:

об изменении статуса (работающий, неработающий) в отношении лиц, указанных в части 1¹ статьи 10 Федерального закона, данных о фактах, начала и окончания ими трудовых отношений (действия договоров гражданско-правового характера), поступающих в соответствии с частью 2¹ статьи 49 Федерального закона.

80. Территориальный фонд на основании сведений, указанных в пункте 79 настоящих Правил, признает полис недействительным со дня поступления данных сведений в единый регистр застрахованных лиц."

6. В пункте 86:

а) в подпункте 3 слово "лицензия" дополнить словами "или выписка из реестра лицензий в отношении лицензии";

б) абзац второй подпункта 4 изложить в следующей редакции:

"При представлении уведомления на бумажном носителе одновременно представляются копии данных документов (выписка из реестра лицензий в отношении лицензии на осуществление страхования по виду деятельности -обязательное медицинское страхование)."

7. В абзаце тридцать шестом пункта 105:

а) слово "копии" заменить словами "выписку из реестра лицензий в отношении";

б) после слов "приведены в уведомлении," дополнить словом "копии".

8. В пункте 117 слова "территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации" заменить словами "территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации".

9. В абзаце первом пункта 118 слова "от территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации" заменить словами "от территориального органа Фонда пенсионного и социального

страхования Российской Федерации", слова "территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации" заменить словами "территориальным органом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации".

10. Пункт 123 изложить в следующей редакции:

"123. Страховая медицинская организация в соответствии с договором о финансовом обеспечении ежемесячно представляет в территориальный фонд:

1) не позднее пятого рабочего дня отчетного (текущего) месяца - заявку на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее - заявка на авансирование);

2) не позднее пятнадцатого рабочего дня месяца, следующего за отчетным, - заявку на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь (далее - заявка на получение средств на оплату счетов) для проведения окончательного расчета с медицинскими организациями.".

11. В пункте 124:

а) абзац второй после слов "за предшествующий период" дополнить словами "(за исключением месяца, предшествующего месяцу подачи заявки)";

б) абзац третий изложить в следующей редакции:

"Сумма авансирования, указанная в заявке на авансирование, не может превышать 50 процентов в период с января по ноябрь, а в декабре - 95 процентов размера финансового обеспечения страховой медицинской организации, рассчитанного в соответствии с пунктом 139 настоящих Правил, на месяц, предшествующий месяцу направления заявки на авансирование.";

в) абзац четвертый признать утратившим силу;

г) второе предложение абзаца пятого изложить в следующей редакции:

"В случае недостатка объема целевых средств для оплаты медицинской помощи в отчетном месяце, в том числе по случаям оказания медицинской помощи, принятым к оплате в предыдущие отчетные периоды, остаток целевых средств, сформированный страховой медицинской организацией за отчетный месяц, используется для оплаты медицинской помощи предыдущих отчетных периодов.".

12. В пункте 125:

а) подпункты 1 и 2 изложить в следующей редакции:

"1) наименование страховой медицинской организации;

2) наименование территориального фонда;"

б) подпункт 8 изложить в следующей редакции:

"8) объем целевых средств, необходимый для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц по счетам на оплату медицинской помощи, полученных от территориального фонда, в том числе с учетом санкций, выставленных по результатам проведенного медико-экономического контроля, и с учетом средств авансирования, предоставленного медицинским организациям;"

в) дополнить подпунктом 8¹ следующего содержания:

"8¹) объем средств по счетам на оплату медицинской помощи, по которым оплату расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляет территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации;"

г) в подпункте 9 слова "территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации" заменить словами "территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации";

д) подпункт 12 изложить в следующей редакции:

"12) сумма по примененным к медицинским организациям мерам по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, в том числе с учетом сумм, не учтенных при оплате медицинской помощи медицинским организациям, нарастающим итогом с начала финансового года;"

е) дополнить подпунктами 12¹ - 12³ следующего содержания:

"12¹) сумма по примененным к медицинским организациям мерам по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, превышающая сумму по представленным медицинскими организациями счетам на оплату медицинской помощи с учетом средств авансирования, предоставленного медицинским организациям в предыдущие месяцы, нарастающим итогом с начала финансового года;

12²) сумма по примененным к медицинским организациям мерам по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, превышающая сумму по представленным медицинскими организациями счетам на оплату медицинской помощи с учетом суммы авансирования, предоставленного медицинским организациям, за отчетный месяц;"

12³) сумма по примененным к медицинским организациям мерам по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, превышающая сумму по представленным медицинскими организациями счетам на оплату медицинской помощи с учетом суммы

авансирования, предоставленного медицинским организациям, нарастающим итогом с начала финансового года;"

ж) подпункт 13 изложить в следующей редакции:

"13) сумма выставленных к медицинским организациям требований по возврату средств обязательного медицинского страхования, по которым не получен возврат средств, за отчетный период года (не учтенных в подпункте 8 настоящего пункта);";

з) дополнить подпунктом 13¹ следующего содержания:

"13¹) сумма выставленных к медицинским организациям требований по возврату средств обязательного медицинского страхования, по которым не получен возврат средств, нарастающим итогом с начала финансового года (не учтенных в подпунктах 8 и 12 настоящего пункта);";

и) в подпункте 15 исключить слова "и нарастающим итогом с начала финансового года, в том числе сумма авансирования, которая будет возвращена страховой медицинской организацией в территориальный фонд в последующих периодах, и сумма авансирования, которая будет учитываться при оплате счетов за оказанную медицинскую помощь в последующих периодах";

к) дополнить подпунктом 15' следующего содержания:

"15') сумма средств авансирования, направленная в медицинские организации, на которую данными организациями не представлены счета на оплату медицинской помощи по отчетному месяцу, нарастающим итогом с начала финансового года";

л) в подпункте 16 после слов "размер" и "в случае недостатка" дополнить словом "целевых";

м) подпункт 17 изложить в следующей редакции:

"17) итоговая сумма целевых средств по заявке, рассчитанная как сумма значений показателей, предусмотренных подпунктами 6, 8¹, 9-11, 12², 14, 16, за вычетом суммы, предусмотренной подпунктом 7 настоящего пункта";

н) дополнить подпунктом 18 следующего содержания:

"18) дата составления заявки на получение средств на оплату счетов.";

о) абзац девятнадцатый изложить в следующей редакции:

"К заявке на получение средств на оплату счетов страховой медицинской организацией прилагается реестр, содержащий сведения, указанные в настоящем пункте (за исключением сведений, указанных в подпунктах 5-7 и 16) в разрезе медицинских организаций."

13. В пункте 126 слова "или иным должностным лицом, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета" заменить словами "уполномоченным лицом".

14. Пункт 127 изложить в следующей редакции:

"127. В целях формирования страховой медицинской организацией заявки на получение средств на оплату счетов территориальный фонд в сроки, установленные порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также ее финансового обеспечения, утвержденным в соответствии с частью 1 статьи 40 Федерального закона (далее - порядок проведения контроля), направляет в страховую медицинскую организацию результаты медико-экономического контроля, оформленные заключениями по каждой медицинской организации, предусмотренными частью 9 статьи 40 Федерального закона, вместе с принятыми к оплате счетами и реестрами счетов согласно страховой принадлежности для их оплаты."

15. Подпункт 1 пункта 128 изложить в следующей редакции:

"1) со дня получения заявки на авансирование, в размере не более 50 процентов в период с января по ноябрь, а в декабре - 95 процентов объема средств финансового обеспечения страховой медицинской организации, рассчитанного в соответствии с пунктом 139 настоящих Правил, на месяц, предшествующий месяцу направления заявки на авансирование";

16. В пункте 129 слова "за отчетный месяц" заменить словами "в отчетном месяце".

17. В пункте 130 слова "сумма аванса, предоставляемого страховой медицинской организацией в следующем периоде," заменить словами "сумма аванса (окончательного расчета), предоставляемого страховой медицинской организацией в следующие периоды,".

18. Пункты 131 и 132 изложить в следующей редакции:

"131. Остаток целевых средств, возвращенный в территориальный фонд, может быть заявлен страховой медицинской организацией для оплаты медицинской помощи в последующие периоды в случае превышения для данной страховой медицинской организации в отчетном месяце фактического объема целевых средств на оплату медицинской помощи над объемом целевых средств для оплаты медицинской помощи, определенным с учетом дифференцированных подушевых нормативов. Средства, предназначенные на расходы на ведение дела, с указанных средств страховой медицинской организации не направляются. При наличии задолженности по оплате медицинской помощи за месяцы, предшествующие отчетному в текущем году, остатки целевых средств после оплаты медицинской помощи за отчетный месяц направляются в медицинские организации на пропорциональное погашение указанной задолженности. Средства, оставшиеся после погашения задолженности, подлежат возврату в территориальный фонд."

132. При превышении объема средств, необходимых для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц по принятым к оплате территориальным фондом по результатам медико-экономического контроля счетам над размером финансового обеспечения, утвержденным территориальным фондом для страховой медицинской организации по подушевым нормативам, с учетом остатка целевых средств, возвращенных или подлежащих возврату по результатам проведенных страховой медицинской организацией медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в территориальный фонд в (за) предшествующие периоды, страховая медицинская организация вправе обратиться в территориальный фонд за предоставлением целевых средств для оплаты медицинской помощи из нормированного страхового запаса территориального фонда в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов, увеличением числа застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту.

Страховая медицинская организация обращается в территориальный фонд за предоставлением целевых средств, недостающих для оплаты медицинской помощи, из нормированного страхового запаса территориального фонда не позднее пяти рабочих дней с даты получения от территориального фонда счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи.

Одновременно с обращением страховая медицинская организация представляет в территориальный фонд отчет об использовании целевых средств, который составляется ежемесячно за весь период с начала отчетного года по каждой медицинской организации и должен содержать сведения о:

1) задолженности страховой медицинской организации перед медицинской организацией на начало отчетного месяца по оплате выставленных счетов на оплату медицинской помощи;

2) задолженности медицинской организации перед страховой медицинской организацией на начало отчетного месяца по возврату средств вследствие принятия мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона;

2¹) задолженности медицинской организации перед страховой медицинской организацией на начало отчетного месяца по возврату средств авансирования;

3) сумме счетов на оплату медицинской помощи, предъявленных медицинской организацией по лицам, застрахованным в страховой медицинской организации, и принятых к оплате по итогам медико-экономического контроля в отчетном месяце;

4) подлежащем учету по итогам отчетного месяца размере неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

5) суммарном размере средств, направленных в медицинскую организацию по отчетному месяцу на авансирование оплаты медицинской помощи за отчетный месяц и по выставленным счетам на оплату медицинской помощи в отчетном месяце;

6) возвращенном медицинской организацией в страховую медицинскую организацию размере средств в связи с принятием мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона;

б¹) возвращенном медицинской организацией в страховую медицинскую организацию размере средств в связи с превышением суммы авансирования оказания медицинской помощи над суммой счетов на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

7) задолженности медицинской организации в соответствии с решениями, принятыми в соответствии с законодательством Российской Федерации;

7¹) размере списанной задолженности медицинской организации в соответствии с решениями, принятыми в соответствии с законодательством Российской Федерации;

8) задолженности страховой медицинской организации перед медицинской организацией на конец отчетного месяца по оплате выставленных счетов на оплату медицинской помощи;

9) задолженности медицинской организации перед страховой медицинской организацией на конец отчетного месяца по возврату средств вследствие принятия мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона.

9¹) задолженности медицинской организации перед страховой медицинской организацией на конец отчетного месяца по средствам авансирования оказания медицинской помощи, не обеспеченным выставленными счетами на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Страховая медицинская организация одновременно с отчетом об использовании целевых средств предоставляет в территориальный фонд согласованный с медицинской организацией график возврата медицинской организацией задолженности по возврату средств авансирования, не обеспеченных выставленными счетами на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи."

19. В пункте 133:

а) абзац первый подпункта 2 дополнить словами "подтверждение территориальным фондом увеличения объемов, в том числе, связанное с повышенной заболеваемостью, и их финансового

обеспечения, включая увеличение тарифов на оплату медицинской помощи, а также количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту";

б) абзацы четвертый-шестой признать утратившими силу;

в) абзац седьмой изложить в следующей редакции:

"Срок проведения проверки не может превышать срок, установленный в соответствии с частью 8 статьи 38 Федерального закона.";

г) дополнить абзацами восьмым и девятым следующего содержания:

"Предоставление указанных средств осуществляется в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом в соответствии с частью 6⁴ статьи 26 Федерального закона, не позднее пяти рабочих дней со дня окончания проверки.

В случае превышения суммарного объема средств по обращениям, полученным от страховых медицинских организаций, над размером сформированного нормированного страхового запаса, территориальный фонд уменьшает сумму пропорционально для каждой страховой медицинской организации для приведения в соответствие с размером средств нормированного страхового запаса. При этом страховая медицинская организация направляет полученные от территориального фонда средства нормированного страхового запаса в медицинские организации пропорционально суммам, указанным в заявке на получение средств на оплату счетов медицинской организации."

20. В пункте 138 слово "пяти" заменить словами "первых четырех".

21. В пункте 140 слова "территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации" заменить словами "территориальным органом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации".

22. В пункте 141:

а) абзац шестой подпункта 4 признать утратившим силу;

б) подпункт 9 дополнить словами "в размере, не превышающем размер оплаты оказанной медицинской помощи;";

в) в подпункте 11 исключить слова ", из нее сумма средств, по которой оплата расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации";

г) подпункт 12 изложить в следующей редакции:

"12) средства, начисленных от применения к медицинским организациям санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, всего, в том числе:

по результатам медико-экономического контроля;

по результатам медико-экономической экспертизы;

по результатам экспертизы качества медицинской помощи;";

д) абзац четвертый подпункта 16 признать утратившим силу;

е) дополнить подпунктами 18¹ и 18² следующего содержания:

"18¹) сумме, подлежащей перечислению в медицинские организации, в соответствии с решениями, принятыми в соответствии с законодательством Российской Федерации;

18²) сумме, перечисленной в медицинские организации, в соответствии с решениями, принятыми в соответствии с законодательством Российской Федерации;";

ж) дополнить подпунктом 19¹ следующего содержания:

"19¹) штрафах и пенях, уплаченных страховой медицинской организации в связи с нарушением обязательств по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;";

з) подпункт 23 изложить в следующей редакции:

"23) задолженности территориального фонда перед страховой медицинской организацией на конец отчетного месяца всего, в том числе по:

дифференцированным подушевым нормативам, исчисляемой, начиная с четвертого рабочего дня со дня получения от страховой медицинской организации заявки на получение средств на оплату счетов;

средствам из остатка средств, ранее возвращенных в территориальный фонд;

средствам нормированного страхового запаса, исчисляемой, начиная с четвертого рабочего дня со дня окончания проверки, проведенной в соответствии с подпунктом 2 пункта 133 настоящих Правил при отсутствии оснований, предусмотренных частью 9 статьи 38 Федерального закона;

средствам на ведение дела;";

и) абзац второй подпункта 24 дополнить словами ", исчисляемой, начиная с четвертого рабочего дня после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц";

к) абзац третий подпункта 24 дополнить словами ", исчисляемой, начиная с четвертого рабочего дня со дня получения от медицинской организации указанных средств";

л) абзац четвертый подпункта 24 дополнить словами ", исчисляемой, начиная с четвертого рабочего дня со дня получения от медицинской организации указанных средств";

м) абзац шестой подпункта 25 признать утратившим силу.

23. В пункте 143:

а) абзац второй после слов "сформированного исходя из" дополнить словом "среднемесячного";

б) абзац четвертый изложить в следующей редакции:

"При этом медицинской организацией, оплата медицинской помощи которой осуществляется на основе подушевого норматива финансирования с учетом показателей результативности деятельности, в том числе подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, представляется персонифицированный реестр счета, содержащий сведения об оказанной медицинской помощи и ее стоимости по тарифам, установленным для соответствующей единицы объема медицинской помощи (медицинских услугах, посещениях, обращениях, вызовах, законченных случаях лечения заболевания, в том числе на основе КСГ) застрахованным лицам, обслуживаемым медицинской организацией.";

в) абзац пятый изложить в следующей редакции:

"При оплате медицинской помощи за законченный случай, медицинскую услугу, вызов оплата медицинской помощи осуществляется на основании счета и реестра счета на оплату медицинской помощи, сформированного с указанием каждого случая, медицинской услуги, вызова и тарифа на оплату указанной медицинской помощи.".

24. В пункте 145:

а) подпункт 6 дополнить словами "(за "исключением месяца, предшествующего месяцу подачи заявки)";

б) подпункт 7 дополнить словами "(без вычета значения показателя, предусмотренного подпунктом 6 настоящего пункта)".

25. В подпункте 6 пункта 146 слово "среднесписочной" заменить словом "среднемесячной".

26. В пункте 147:

а) дополнить подпункт 5 абзацем седьмым следующего содержания:

"период (месяц) проведения следующего планового осмотра (при оплате профилактических мероприятий или прохождении диспансерного наблюдения);";

б) подпункт 6 изложить в следующей редакции:

"б) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, включая:

вид оказанной медицинской помощи (код);

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

сопутствующий диагноз в соответствии с МКБ (при наличии);

осложнение заболевания в соответствии с МКБ (при наличии);

дату начала и дату окончания оказания медицинской помощи;

объемы оказанной медицинской помощи;

профиль оказанной медицинской помощи (код);

тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу (код и наименование примененного тарифа в соответствии с тарифным соглашением, в том числе о наименовании и номере клинко-статистической группы (при наличии);

стоимость оказанной медицинской помощи (в случае оплаты по подушевому нормативу финансирования стоимость в реестре сведений об оказанной медицинской помощи указывается равной тарифу на оплату медицинской помощи, а итоговую стоимость равную нулю);

результат обращения за медицинской помощью (код);

виды диагностических и (или) консультативных услуг, в случае их установления Комиссией;

виды/коды диагностических и (или) консультативных услуг в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, в случае их установления Комиссией;

период (месяц) проведения следующего планового осмотра (при оплате профилактических мероприятий или прохождении диспансерного наблюдения)."

27. В пункте 149 слово "содержащее" заменить на "содержащий".

28. Абзац второй пункта 151 изложить в следующей редакции:

"направляет в медицинские организации заключения по результатам медико-экономического контроля по лицам, застрахованным в страховой медицинской организации, в страховую медицинскую организацию - принятые к оплате счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным в страховой медицинской организации лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также заключения по результатам медико-экономического контроля в страховую медицинскую организацию для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля и оплаты

оказанной медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;"

29. В пункте 153 исключить слова "организации и".

30. В пункте 154:

а) абзац первый перед словами "рассчитывается по формуле" дополнить словами "(за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением № 5 к настоящим Правилам)";

б) абзац пятый после слов "медицинской помощи," дополнить словами "поданный за оплату медицинской организацией и";

в) абзац восьмой изложить в следующей редакции:

"В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = (PT_1 - PT_2) + PT_2 \times K_{\text{ко}}$$

где:

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

PT_1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

PT_2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

$K_{\text{ко}}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с Приложением № 5 к настоящему Правилам."

31. Абзац пятый пункта 155 изложить в следующей редакции:

"РП - установленный тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением № 5 к настоящим Правилам, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи)";

32. В пункте 156:

а) абзац первый дополнить предложением следующего содержания: "Оплата счетов, повторно представленных медицинскими организациями к оплате после доработки, осуществляется в период оплаты счетов за следующий отчетный месяц.";

б) в абзаце втором слова "в течение двадцати пяти рабочих дней со дня принятия решения Комиссии" заменить словами "не позднее пятого рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором Комиссией были пересмотрены объемы предоставления медицинской помощи и (или) ее финансового обеспечения".

33. В абзаце втором пункта 157 после слов "медицинская организация" дополнить словами "в течение пяти рабочих дней после получения заключения по результатам медико-экономического контроля".

34. В пункте 159:

а) абзац первый изложить в следующей редакции:

"В случае превышения объема санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, над объемом целевых средств, подлежащим направлению в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи (разница между выставленным на оплату счетом и ранее перечисленным авансом), медицинская организация возвращает в страховую медицинскую организацию средства в объеме указанного превышения. При этом счет на оплату медицинской помощи не оплачивается.";

б) абзац второй изложить в следующей редакции:

"При принятии медицинской организацией решения об обжаловании заключений страховой

медицинской организации и (или) территориального фонда по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, предусмотренного статьей 42 Федерального закона, средства возвращаются в сроки, предусмотренные процедурой обжалования заключения в соответствии с порядком проведения контроля.";

в) абзац третий изложить в следующей редакции:

"В последующие отчетные периоды на сумму средств указанного превышения уменьшается сумма, подлежащая перечислению в медицинскую организацию на основании счета на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи."

35. Пункт 161 изложить в следующей редакции:

"161. Страховая медицинская организация, получившая от территориального фонда сведения о застрахованном лице, в отношении которого территориальным органом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации принято решение об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, за счет средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, принимает меры по исключению оплаты данного случая оказания медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования при последующих расчетах с медицинской организацией в рамках проведения территориальным фондом медико-экономической экспертизы в соответствии с порядком проведения контроля."

36. В пункте 162:

а) в абзаце первом исключить слово "сведения";

б) абзац второй подпункта 1 изложить в следующей редакции:

"оплате принятых к оплате по результатам медико-экономического контроля счетов на оплату медицинской помощи;"

в) подпункт 2 изложить в следующей редакции:

"2) сумму задолженности медицинской организации на начало отчетного месяца по:

оплате штрафов по результатам:

медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, в том числе по результатам: медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

средствам авансирования медицинской помощи, не обеспеченным выставленными счетами на оплату медицинской помощи с учетом контроля качества ее оказания;"

г) дополнить подпунктом 2¹ следующего содержания:

"2¹) сумму задолженности медицинской организации на начало отчетного месяца по оплате пени за просрочку оплаты штрафов и возврата средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона;"

д) в подпункте 3 слово "предъявленным" заменить словами "принятым к оплате по результатам медико-экономического контроля";

е) дополнить подпунктом 4¹ следующего содержания:

"4¹) сумму средств на авансирование, рассчитанную страховой медицинской организацией в соответствии с пунктом 125 настоящих Правил;"

ж) подпункт 6 дополнить абзацем вторым следующего содержания:

"медико-экономического контроля;"

з) в подпункте 9 слова "территориальными органами Фонда социального страхования" заменить словами "территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации";

и) дополнить подпунктом 13¹ следующего содержания:

"13¹) сумму средств, подлежащих перечислению медицинской организации в соответствии с решениями, принятыми в соответствии с законодательством Российской Федерации;"

к) в абзаце втором подпункта 17 слова "и возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, в том числе" исключить;

л) подпункт 17 дополнить абзацами шестым-девятым следующего содержания:

"возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, по результатам:

медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;"

м) дополнить подпунктом 17¹ следующего содержания:

"17¹) сумму задолженности медицинской организации на конец отчетного месяца по оплате пени за просрочку оплаты штрафов и возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона."

37. В пункте 164:

а) в абзаце первом слово "рабочих" исключить;

б) в абзаце втором слово "рабочих" исключить.

38. В пункте 169:

а) в абзаце первом слова "организации и" исключить;

б) в абзаце втором слова "организации и" исключить.

39. В пункте 173 исключить слова "организации и".

40. Абзац четвертый пункта 184 признать утратившим силу.

41. В пункте 204:

а) подпункт 6 изложить в следующей редакции:

"6) затраты на арендную плату, в том числе на финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга в соответствии со статьей 624 Гражданского кодекса Российской Федерации^{10,2}, при отсутствии у медицинской организации в течение трех месяцев просроченной кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования с ограничением платежа в размере до одного миллиона рублей в год за один объект лизинга. В случае наличия у медицинской организации просроченной кредиторской задолженности в течение трех месяцев, то расходы на финансовую аренду объектов (лизинг) или приобретение предмета лизинга включаются в размере, не превышающем ста тысяч рублей.";

б) подпункт 6 после слов "статьей 624 Гражданского кодекса Российской Федерации" дополнить следующей 15 следующего содержания:

"¹⁵Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 5, ст. 410."

42. Абзац девятнадцатый пункта 212 изложить в следующей редакции: "диагноз в соответствии с МКБ;"

43. В пункте 213 исключить слова "организации и".

44. В пункте 231:

а) в абзаце первом слова "их законных представителей" заменить словами "представителей (в том числе законных представителей)";

б) дополнить подпунктом 2¹ следующего содержания:

"2¹) порядке включения в единый регистр застрахованных лиц;"

в) подпункт 3 изложить в следующей редакции:

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

г) подпункт 5 после слов "диспансеризации, в том числе" дополнить словами "углубленной диспансеризации,";

д) подпункт 7 после слов "от медицинских организаций" дополнить словами "счетов и";

45. В пункте 232:

а) слово "включая" исключить;

б) после слова "диспансеризацию" дополнить словами ", в том числе углубленную диспансеризацию.";

46. Пункт 234 изложить в следующей редакции:

"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.";

47. В пункте 235:

а) слово "сопровождение" заменить словом "сопровождения";

б) после слов "профилактических медицинских осмотров и диспансеризации," дополнить словами "в том числе углубленной диспансеризации,";

48. В пункте 236 слова "об оказываемой" заменить словами "об оказанной";

49. Пункты 246-276 изложить в следующей редакции:

"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 Федерации¹⁸;
- 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.

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 6¹ части 8 статьи 33 Федерального закона.

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.

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.

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.

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).

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.

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.

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 страхования¹⁹.

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.

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).

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 проходить диспансеризацию;

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.

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.

258. Страховая медицинская организация ведет учет застрахованных лиц:

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

б) начавших проходить 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.

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.

260. Страховая медицинская организация с учетом запланированного медицинской организацией плана-графика проведения профилактических осмотров, диспансеризации, и диспансерного наблюдения и имеющихся возможностей медицинской организации формирует ежемесячные 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 ежемесячным 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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 помощи²⁰.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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 б¹ части 8 статьи 33 Федерального закона.

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.

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. № 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации"²¹.

50. Подпункт 5 пункта 246 дополнить сноской 18 следующего содержания:

¹⁸ Статья 21 Федерального закона № 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации,

2011, № 48, ст. 6724; 2021, № 18, ст. 3075).".

51. Абзац шестой пункта 254 дополнить сноской 19 следующего содержания:

"¹⁹ Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31 марта 2021 г. № 34н "Об определении Порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 августа 2021 г., регистрационный № 64757) с изменениями, внесенными приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 11 февраля 2022 г. № 17н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 февраля 2022 г., регистрационный № 67445), от 15 ноября 2022 г. № 166н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 ноября 2022 г., регистрационный № 71028).".

52. Пункт 266 дополнить сноской 20 следующего содержания:

"²⁰ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. № 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 № 24278) и приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 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 № 27617).".

53. Абзац второй пункта 275 дополнить сноской 21 следующего содержания:

"²¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 19, ст. 2060; 2018, № 53, ст. 8454.".

54. В приложении № 1:

а) подпункт 3 пункта 4 изложить в следующей редакции:

"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 обеспечения¹ (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);";

б) подпункт 3 пункта 4 после слов ", а также ее финансового обеспечения" дополнить сноской 1 следующего содержания:

"*1 Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 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 № 63410) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. № 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64445), от 21 февраля 2022 г. № 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный № 67559).";

в) в подпункте 4 пункта 4 слова "осуществляет рассмотрение тарифов и формирование тарифного соглашения" заменить словами "устанавливает тарифы на оказание медицинской помощи и формирует тарифное соглашение";

г) в подпункте 4 пункта 8 после слов "структуры застрахованных лиц" дополнить словами ", 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)";

д) в подпункте 4 пункта 8¹ после слов "между медицинскими организациями," дополнить словами "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);";

е) подпункт 6 пункта 9 изложить в следующей редакции:

"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).";

ж) в абзаце первом пункта 10 слова "страховыми медицинскими организациями и между" исключить;

з) абзац четвертый подпункта 1 пункта 10 признать утратившим силу;

и) абзацы шестой-восьмой подпункта 1 пункта 10 признать утратившими силу;

к) подпункт 2 пункта 10 признать утратившим силу;

л) в абзаце четвертом подпункта 3 пункта 10 слова "КПП" исключить;

м) в абзаце пятом подпункта 3 пункта 10 слова "КПП" исключить;

н) в абзаце втором подпункта 4 пункта 10 слова "страховыми медицинскими организациями и между" исключить;

о) пункт 11 дополнить подпунктом 8 следующего содержания:

"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).";

п) пункт 13 дополнить подпунктом 4 следующего содержания:

"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."

55. В пункте 1.6.4 приложения № 5 в графе "Перечень оснований" слова "Фондом социального страхования" заменить словами "Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации".

56. Дополнить приложением № 6 следующего содержания:

² Часть 5 статьи 16 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010 № 49, ст. 6422; 2021, № 50, ст. 8412).

³ Постановление Правительства Российской Федерации от 11 июня 2021 г. № 901 "Об утверждении Правил функционирования государственной информационной системы обязательного медицинского страхования и внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, № 25, ст. 4814; 2022, № 12, 1852).

⁴ Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165.

^{5.1} Положение о федеральной государственной информационной системе "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)", утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 24 октября 2011 г. № 861 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 44, ст. 6274; 2022, № 35, ст. 6081).

^{5.2} Постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2021 г. № 2152 "Об утверждении Правил создания и использования сертификата ключа проверки усиленной неквалифицированной электронной подписи в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, № 50, ст. 8545; 2022, № 42, ст. 7173).

^{5.3} Основы законодательства Российской Федерации о нотариате от 11 февраля 1993 г. № 4462-1 (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 10, ст. 357; Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, № 29, ст. 5306).

^{5.4} Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 12, ст. 425; Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, № 29, ст. 5309.

^{5.5} Статья 10 Федерального закона от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 30, ст. 3032; 2021, № 9, ст. 1469) (далее - Федеральный закон № 115-ФЗ).

^{5.6} Собрание законодательства Российской Федерации, 1994, № 32, ст. 3301; 2013, № 19, ст. 2327.

^{5.7} Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 16 января 2015 г.

^{5.8} Приказ Министерства внутренних дел Российской Федерации от 10 декабря 2020 г. № 856 "Об утверждении Административного регламента Министерства внутренних дел Российской Федерации по предоставлению государственной услуги по осуществлению миграционного учета иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации, форм заявления иностранного гражданина или лица без гражданства о регистрации по месту жительства, заявления о снятии иностранного гражданина или лица без гражданства с регистрации по месту жительства, уведомления о прибытии иностранного гражданина или лица без гражданства в место пребывания, отметок о регистрации (снятии с регистрации) иностранного гражданина или лица без гражданства по месту жительства, отметок о подтверждении выполнения принимающей стороной и иностранным гражданином или лицом без гражданства действий, необходимых для его постановки на учет по месту пребывания, предоставляемых, в том числе, многофункциональным центром предоставления государственных и муниципальных услуг" (зарегистрирован Министерством юстиции

Российской Федерации 12 февраля 2021 г., регистрационный № 62483).

^{5.9} Часть 2 статьи 45 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2021, № 50, ст. 8412).

^{5.10} Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, № 37, ст. 6369.

^{5.11} Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, № 24, ст. 3742.

^{5.12} Постановление Правительства Российской Федерации от 5 ноября 2022 г. № 1998 "Об утверждении Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, № 46, ст. 8009).

"Приложение № 6
к Правилам обязательного медицинского
страхования, утвержденным приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 28 февраля 2019 г. № 108н

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

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 № 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" и не являюсь военным служащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом (3) _____ (подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6 Дата рождения _____ 1.7 Месторождения: _____ (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)

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:

<input type="checkbox"/>	SMS-информирование;	<input type="checkbox"/>	Почтовая рассылка;
<input type="checkbox"/>	Электронная почта;	<input type="checkbox"/>	Телефонный обзвон;
<input type="checkbox"/>	Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);	<input type="checkbox"/>	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 (9):

а) почтовый индекс _____ б) субъект Российской Федерации _____

(республика, край, область, округ)

_____ в) район _____ г) город _____

_____ д) населенный пункт _____ е) улица _____

_____ ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____

_____ к) дата регистрации по месту жительства _____

_____ _____
лицо без определённого места жительства (10)

2.15* Адрес места пребывания" (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) № 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/его _____ (расшифровка подписи) _____ (число, месяц, год)
_____ представителя) (3)

Данные подтверждены: _____

* Сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного пунктом 34 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н.