Проект

О внесении изменений   
в Правила обязательного медицинского страхования,

утвержденные приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н

В соответствии с пунктом 10 части 8 статьи 33 Федерального закона   
от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании   
в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075), подпунктом 5.2.136 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:

1. Внести изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2019 г., 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) и от 10 февраля 2021 г. № 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 2021 г., регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_), согласно приложению.

2. Настоящий приказ вступает в силу в установленном порядке,   
за исключением абзацев девятого, тринадцатого – тридцать первого, сто семьдесят второго – сто семьдесят девятого, сто восемьдесят четвертого – сто девяносто первого, триста пятого – триста девяносто первого пункта 2 изменений, внесенных пунктом 1 настоящего приказа, вступающих в силу с 1 июля 2021 года.

Министр М.А.Мурашко

Приложение

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г. № \_\_\_\_\_

**Изменения,**

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

1. В пункте 2 после слов «методику расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию,» дополнить словами «методику расчета объемов финансового обеспечения медицинской помощи,».

2. Главы IХ и X изложить в следующей редакции:

«IX. Порядок оплаты медицинской помощи по обязательному

медицинскому страхованию

121. В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком, установленным настоящими Правилами.

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

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

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

2) ежемесячно, 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.

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

Заявка на авансирование представляется в территориальный фонд вместе с перечнем заявок медицинских организаций, направленных в страховую медицинскую организацию, с указанием по каждой медицинской организации размера финансового обеспечения медицинской помощи, распределенной медицинской организации решением Комиссии, среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи страховой медицинской организацией в медицинскую организацию за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи (в случае периода действия договора менее трех месяцев), суммы авансирования медицинской организации не обеспеченного счетами на оплату медицинской помощи за предшествующий период и суммы авансирования.

Сумма авансирования, указанная в заявке на авансирование, не может превышать 50 процентов размера финансового обеспечения страховой медицинской организации, рассчитанной в соответствии с пунктом 139 настоящих Правил на месяц, предшествующий месяцу направления заявки на авансирование, а для первого месяца финансового года – на основе сведений о застрахованных в страховой медицинской организации лицах, указанных в уведомлении страховой медицинской организации, направленном в соответствии со статьей 14 Федерального закона.

В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, размер аванса, предоставляемого территориальным фондом страховым медицинским организациям на основании заявки на авансирование, может составлять до 100 процентов размера финансового обеспечения страховых медицинских организаций, рассчитанной в соответствии с пунктом 139 настоящих Правил на месяц, предшествующий месяцу направления заявки на авансирование, а для первого месяца финансового года – на основе сведений о застрахованных в страховой медицинской организации лицах, указанных в уведомлении страховой медицинской организации, направленном в соответствии со статьей 14 Федерального закона.

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

125. Заявка на получение средств на оплату счетов включает в себя следующие сведения:

1) сведения о страховой медицинской организации;

2) сведения о территориальном фонде;

3) период, за который составляется заявка на получение средств на оплату счетов;

4) реквизиты договора о финансовом обеспечении;

5) численность застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации, определенная как среднее значение между количеством застрахованных на первое число отчетного месяца и первое число текущего месяца (далее - среднемесячная численность);

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

7) сумму средств, полученных по заявке на авансирование за отчетный месяц;

8) объем 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 и штрафов, выставленных по результатам проведенного медико-экономического контроля и с учетом средств авансирования, предоставленного медицинским организациям, а также в том числе 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 социального страхования Российской Федерации;

9) объем средств, излишне направленных в медицинские организации на оплату расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, по которым оплату расходов на медицинскую помощь осуществляет территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации в предшествующих периодах;

10) объем средств, поступивших в отчетном месяце от юридических и физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в пределах суммы, затраченной на оплату медицинской помощи;

11) объем средств, необходимый для перечисления в медицинские организации, или объем средств, по которым подлежит списанию задолженность медицинских организаций, по решениям, принятым в соответствии с законодательством Российской Федерации;

12) сумма по применяемым к медицинским организациям мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, в том числе с учетом сумм, не учтенных при оплате медицинской помощи медицинским организациям нарастающим итогом с начала финансового года; сумма по применяемым к медицинским организациям мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, превышающая сумму по представленным медицинскими организациями счетам на оплату медицинской помощи с учетом средств авансирования, предоставленного медицинским организациям, в том числе нарастающим итогом с начала финансового года;

13) сумма выставленных к медицинским организациям требований по возврату средств обязательного медицинского страхования за отчетный период, по которым не получен возврат средств, и нарастающим итогом с начала финансового года;

14) сумма полученных от медицинских организаций возвратов средств обязательного медицинского страхования за отчетный период;

15) сумма средств авансирования, направленная в медицинские организации, на которую данными организациями не представлены счета на оплату по отчетному месяцу 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 суммы авансирования, которая будет учитываться при оплате счетов за оказанную медицинскую помощь в последующих периодах;

16) размер средств для оплаты медицинской помощи в пределах остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды, а также подлежащих возврату в территориальный фонд в соответствии с пунктом 130 настоящих Правил (заполняется в случае недостатка средств, поступивших по дифференцированным подушевым нормативам);

17) дату составления заявки на получение средств на оплату счетов.

К заявке на получение средств на оплату счетов страховой медицинской организацией прилагается реестр, содержащий сведения, указанные в абзацах втором-пятом настоящего пункта, а также абзацах восьмом-пятнадцатом настоящего пункта в разрезе медицинских организация.

126. Заявка на авансирование, заявка на получение средств на оплату счетов и прилагаемый к ней реестр подписываются руководителем и главным бухгалтером страховой медицинской организации (или иным должностным лицом, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета), и при формировании заявки на авансирование, заявки на получение средств на оплату счетов и прилагаемого к ней реестр в форме документа на бумажном носителе – заверяются печатью страховой медицинской организации.

127. Территориальный фонд в течение пяти рабочих дней со дня получения счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи от медицинских организаций обеспечивает направление указанных счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, подлежащих оплате по результатам проведенного территориальным фондом медико-экономического контроля, а также сведения о результатах указанного медико-экономического контроля, в страховые медицинские организации согласно страховой принадлежности застрахованных лиц.

128. Территориальный фонд осуществляет перечисление целевых средств в страховую медицинскую организацию (за исключением средств, направленных из нормированного страхового запаса территориального фонда):

1) в течение пяти рабочих дней со дня получения заявки на авансирование, в размере, указанном в заявке на авансирование, но не более 50 процентов от размера финансового обеспечения страховой медицинской организации, рассчитанной в соответствии с пунктом 139 настоящих Правил на месяц, предшествующий месяцу направления заявки на авансирование, а для первого месяца финансового года – на основе сведений о застрахованных в страховой медицинской организации лицах, указанных в уведомлении страховой медицинской организации, направленном в соответствии со статьей 14 Федерального закона;

2) в течение трех рабочих дней со дня получения заявки на получение средств на оплату счетов с учетом ранее направленных средств на авансирование, но не более суммы целевых средств, рассчитанной исходя из количества застрахованных лиц и дифференцированных подушевых нормативов (с учетом остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды).

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

130. В случае превышения в отчетном месяце суммы аванса, направленного страховой медицинской организацией в медицинскую организацию, над размером счетов на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения (далее – контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи), указанные средства подлежат возврату в территориальный фонд в последующие месяцы текущего года при возврате медицинской организацией средств в страховую медицинскую организацию или на сумму указанного превышения страховой медицинской организацией уменьшается сумма аванса, представляемого страховой медицинской организацией в следующем периоде, и указанные средства учитываются страховой медицинской организацией при оплате медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в следующем периоде.

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 средств на оплату медицинской помощи над объемом средств для оплаты медицинской помощи, определенным с учетом дифференцированных подушевых нормативов. Средства, предназначенные на расходы на ведение дела, с указанных средств страховой медицинской организации не направляются. На указанные цели страховой медицинской организацией может быть также заявлена сумма средств, подлежащая возврату страховой медицинской организацией в территориальный фонд в соответствии с пунктом 130 настоящих Правил.

132. При превышении объема средств, необходимых для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц по представленным счетам на оплату медицинской помощи над размером финансового обеспечения, утвержденным территориальным фондом для страховой медицинской организации по подушевым нормативам, с учетом остатка целевых средств, возвращенных или подлежащих возврату страховой медицинской организацией в территориальный фонд в (за) предшествующие периоды, страховая медицинская организация вправе обратиться за предоставлением средств для оплаты медицинской помощи из нормированного страхового запаса территориального фонда.

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

Одновременно с обращением страховой медицинской организацией представляется в территориальный фонд отчет об использовании целевых средств, который составляется помесячно 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 и по средствам авансирования оказания медицинской помощи, не обеспеченным выставленными счетами на оплату медицинской помощи с учетом контроля качества ее оказания;

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 размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

5) 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 и в связи с превышением суммы авансирования оказания медицинской помощи над суммой счетов на оплату медицинской помощи с учетом контроля качества ее оказания;

7) задолженность медицинской организации в соответствии с решениями, принятыми в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе списанной задолженности;

8) задолженности страховой медицинской организации перед медицинской организацией по отчетному месяцу по оплате выставленных счетов на оплату медицинской помощи;

9) задолженности медицинской организации перед страховой медицинской организацией по отчетному месяцу по возврату средств вследствие принятия мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона и по средствам авансирования оказания медицинской помощи, не обеспеченным выставленными счетами на оплату медицинской помощи с учетом контроля качества ее оказания.

133. Решение о предоставлении средств из нормированного страхового запаса территориального фонда принимается территориальным фондом после:

1) рассмотрения отчета страховой медицинской организации об использовании целевых средств;

2) проведения проверки в целях установления причин недостатка целевых средств у страховой медицинской организации, включающей:

подтверждение достоверности отчета страховой медицинской организации об использовании целевых средств;

подтверждение повышения заболеваемости по конкретным нозологиям в медицинской организации по результатам медико-экономических экспертиз и (или) экспертиз качества медицинской помощи, и (или) увеличения тарифов на оплату медицинской помощи;

анализ наличия повышения заболеваемости по конкретным нозологиям в целом по субъекту Российской Федерации на основе счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи и сведений Роспотребнадзора об осложнении эпидемической ситуации в субъекте Российской Федерации.

В соответствии с частью 8 статьи 38 Федерального закона срок проведения проверки не может превышать десяти рабочих дней со дня обращения страховой медицинской организации за предоставлением ей указанных средств. Предоставление указанных средств осуществляется не позднее пяти рабочих дней со дня окончания проверки.

134. Основаниями для отказа в предоставлении страховой медицинской организации средств из нормированного страхового запаса территориального фонда сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной страховой медицинской организации согласно части 9 статьи 38 Федерального закона являются:

1) наличие у страховой медицинской организации остатка целевых средств;

2) необоснованность объема дополнительно запрашиваемых средств, выявленная территориальным фондом по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи и проведения экспертизы качества медицинской помощи;

3) отсутствие средств в нормированном страховом запасе территориального фонда.

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

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

136. Территориальный фонд в соответствии с пунктом 6 части 7 статьи 34 Федерального закона утверждает для страховых медицинских организаций дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящими Правилами.

137. Расчет размеров финансового обеспечения страховых медицинских организаций по дифференцированным подушевым нормативам осуществляется территориальным фондом ежемесячно и утверждается директором территориального фонда.

138. Ежемесячно, в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным месяцем, территориальный фонд, исходя из среднемесячной численности застрахованных в страховой медицинской организации лиц с учетом их половозрастного состава и утвержденных дифференцированных подушевых нормативов, определяет и доводит до страховых медицинских организаций размеры финансового обеспечения за отчетный месяц.

139. Размер финансового обеспечения страховой медицинской организации (ФФ) рассчитывается по формуле:

где:

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

Чi - среднемесячная численность застрахованных лиц i-той половозрастной группы в страховой медицинской организации;

КП – поправочный коэффициент, обеспечивающий приведение объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование страховых медицинских организаций в расчетном месяце, и рассчитывающийся по формуле:

где:

С - среднедушевой норматив финансирования страховых медицинских организаций;

Ч - среднемесячная численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации;

k - количество страховых медицинских организаций.

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

141. Территориальный фонд и страховая медицинская организация ежемесячно проводят сверку расчетов, по результатам которой составляют акт сверки расчетов (далее - Акт), который должен содержать сведения о/об:

1) сведения о территориальном фонде;

2) сведения о страховой медицинской организации (филиале/представительстве страховой медицинской организации);

3) дате, по состоянию на которую производится сверка расчетов;

4) остатке средств в страховой медицинской организации на начало отчетного периода, в том числе о:

целевых средствах;

средствах, подлежащих направлению в территориальный фонд в соответствии с пунктом 2 части 6.3 статьи 26 Федерального закона;

собственных средствах;

средствах, поступивших от юридических и физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в пределах суммы, затраченной на оплату медицинской помощи;

средствах от возврата медицинскими организациями авансов, не обеспеченных выставленными счетами на оплату медицинской помощи;

5) задолженности территориального фонда перед страховой медицинской организацией на начало отчетного месяца, в том числе по:

финансированию по дифференцированным подушевым нормативам;

средствам нормированного страхового запаса;

средствам на ведение дела;

6) задолженности страховой медицинской организации перед территориальным фондом на начало отчетного месяца по:

целевым средствам, подлежащих возврату в территориальный фонд в соответствии с пунктом 131 настоящих Правил;

средствам от применения страховыми медицинскими организациями к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

средствам авансирования медицинских организаций, не обеспеченных выставленными счетами на оплату медицинской помощи, по которым не осуществлен возврат территориальный фонд;

штрафам и пеням за нарушение договорных обязательств по договору о финансовом обеспечении;

возмещению средств обязательного медицинского страхования, использованных страховой медицинской организацией не по целевому назначению;

7) объеме средств, подлежащих перечислению в страховую медицинскую организацию на отчетный месяц всего, в том числе:

по дифференцированным подушевым нормативам, в том числе по заявке на авансирование и заявке на получение средств на оплату счетов;

из средств нормированного страхового запаса;

за счет остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды;

на ведение дела;

8) объеме поступивших в страховую медицинскую организацию средств от территориального фонда всего, в том числе:

по дифференцированным подушевым нормативам, в том числе по заявке на авансирование и заявке на получение средств на оплату счетов;

за счет остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды;

из средств нормированного страхового запаса;

на ведение дела;

9) средствах, поступивших в страховую медицинскую организацию от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц;

10) средствах, поступивших в страховую медицинскую организацию от медицинских организаций в том числе:

средств от возврата авансов, не обеспеченных выставленными счетами на оплату медицинской помощи;

оплаты медицинскими организациями санкций в связи с принятием к ним мер по результатам:

медико-экономического контроля,

медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи;

штрафов и пеней в связи с нарушением медицинскими организациями условий договора на оказание и оплату медицинской помощи;

11) общей сумме средств, принятой к оплате по счетам на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь в отчетный месяц, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи, из нее сумма средств, по которой оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации;

12) средствах, 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 и экспертизы качества медицинской помощи;

штрафы за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

13) средствах, полученных от применения к медицинским организациям санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, всего, в том числе о/об:

удержанных по результатам медико-экономического контроля;

удержанных по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;

перечисленных штрафах за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

14) средствах, подлежащих перечислению в территориальный фонд в соответствии с пунктом 2 части 63 статьи 26 Федерального закона;

15) перечисленных средствах в территориальный фонд в соответствии с пунктом 2 части 63 статьи 26 Федерального закона

16) средствах, направленных на оплату медицинской помощи в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи всего, в том числе:

средств авансирования, перечисленных медицинским организациям по заявкам на авансирование;

средств на оплату медицинской помощи по счетам на оплату медицинской помощи;

штрафам и пени в связи с нарушением обязательств по договорам на оказание и оплату медицинской помощи;

17) сумме задолженности медицинских организаций, подлежащей списанию в соответствии с решениями, принятыми в соответствии с законодательством Российской Федерации;

18) сумме задолженности медицинских организаций, списанной в соответствии с решениями, принятыми в соответствии с законодательством Российской Федерации;

19) штрафах и пени, начисленных страховой медицинской организации за нарушение договорных обязательств по договору о финансовом обеспечении;

20) средствах, подлежащих возмещению страховой медицинской организации в связи с использованием средств обязательного медицинского страхования не по целевому назначению;

21) собственных средствах, сформированных страховой медицинской организацией, в том числе средствах:

предназначенных на расходы на ведение дела страховой медицинской организации;

сформированных по результатам проведения медико-экономической экспертизы;

сформированных по результатам проведения экспертизы качества медицинской помощи;

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

поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц сверх сумм, затраченных на оплату медицинской помощи;

22) средствах, перечисленных страховой медицинской организацией в территориальный фонд в отчетном месяце всего, в том числе:

остатке целевых средств по заявке на получение средств на оплату счетов, возвращенном в территориальный фонд;

штрафах и пени за нарушение договорных обязательств по договору о финансовом обеспечении;

подлежащих возмещению страховой медицинской организации в связи с использованием средств обязательного медицинского страхования не по целевому назначению;

в соответствии с пунктом 2 части 63 статьи 26 Федерального закона;

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

дифференцированным подушевым нормативам;

средствам нормированного страхового запаса;

средствам на ведение дела;

24) задолженности страховой медицинской организации перед территориальным фондом на конец отчетного месяца по:

целевым средствам, подлежащих возврату в территориальный фонд в соответствии с пунктом 131 настоящих Правил;

средствам от применения страховыми медицинскими организациями к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

средствам авансирования медицинских организаций, не обеспеченных выставленными счетами на оплату медицинской помощи, по которым не осуществлен возврат территориальный фонд;

штрафам и пеням за нарушение договорных обязательств по договору о финансовом обеспечении;

возмещению средств обязательного медицинского страхования, использованных страховой медицинской организацией не по целевому назначению;

25) остатке средств в страховой медицинской организации на конец отчетного периода, в том числе о:

целевых средствах;

средствах, подлежащих направлению в территориальный фонд в соответствии с пунктом 2 части 63 статьи 26 Федерального закона;

собственных средствах;

средствах, поступивших от юридических и физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в пределах суммы, затраченной на оплату медицинской помощи;

средствах от возврата медицинскими организациями авансов, не обеспеченных выставленными счетами на оплату медицинской помощи.

Акт подписывается руководителем и главным бухгалтером территориального фонда (или иным должностным лицом, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета), руководителем и главным бухгалтером страховой медицинской организации (или иным должностным лицом, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета) и при формировании акта в форме документа на бумажном носителе заверяются печатями территориального фонда и страховой медицинской организации.

142. Страховая медицинская организация направляет средства на оплату медицинской помощи в медицинские организации в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи, заключаемыми в соответствии со статьей 39 Федерального закона.

143. Оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежит объем предоставления медицинской помощи, установленный в договоре на оказание и оплату медицинской помощи по способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи, определенным в тарифном соглашении заключенным в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона.

При оплате медицинской помощи на основе подушевого норматива финансирования оплата медицинской помощи осуществляется на основании счета на оплату медицинской помощи, сформированного исходя из количества прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц (застрахованных лиц на территории обслуживания скорой медицинской помощи) и подушевого норматива финансирования медицинской организации.

При оплате медицинской помощи на основе подушевого норматива финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации и подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (далее - подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям оказания медицинской помощи) оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании счета на оплату медицинской помощи, сформированного исходя из количества обслуживаемых медицинской организацией застрахованных лиц и подушевого норматива финансирования медицинской организации, с учетом достижения установленных тарифным соглашением, заключенным в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона, показателей результативности.

При этом медицинской организацией, оплата медицинской помощи которой осуществляется на основе подушевого норматива финансирования и 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 (медицинских услугах, посещениях, обращениях, вызовах, законченных случаях лечения заболевания, в том числе на основе КПГ/КСГ) застрахованным лицам, обслуживаемым медицинской организацией.

При оплате медицинской помощи за законченный случай, медицинскую услугу, вызов оплата медицинской помощи осуществляется на основании счета и реестра на оплату медицинской помощи, сформированного на каждый случай, медицинскую услугу, вызов и тарифа на оплату указанной медицинской помощи.

144. Медицинская организация в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи формирует и направляет:

1) в страховую медицинскую организацию ежемесячно, не позднее второго рабочего дня месяца, заявку на авансирование медицинской помощи;

2) в территориальный фонд ежемесячно, не позднее пятого рабочего дня месяца, следующего за отчетным месяцем, счет на оплату медицинской помощи и реестр счета.

145. Заявка на авансирование медицинской помощи должна содержать следующие сведений:

1) наименование медицинской организации;

2) наименование страховой медицинской организации;

3) период авансирования;

4) размер финансового обеспечения медицинской помощи, распределенной медицинской организации решением Комиссии;

5) среднемесячный объем средств, направляемый на оплату медицинской помощи страховой медицинской организацией в медицинскую организацию за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи (в случае периода действия договора менее трех месяцев);

6) сумма авансирования, перечисленная страховой медицинской организацией в медицинскую организацию в прошлых периодах, не обеспеченная выставленными медицинской организацией счетами на оплату медицинской помощи;

7) сумма авансирования.

Сумма авансирования, указанная медицинской организацией в заявке на авансирование, не может составлять более 50 процентов от среднемесячного объема средств, направляемый на оплату медицинской помощи страховой медицинской организацией в медицинскую организацию за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи (в случае периода действия договора менее трех месяцев).

В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих сумма авансирования, указанная медицинской организацией в заявке на авансирование, не может составлять до 100 процентов от среднемесячного объема средств, направляемый на оплату медицинской помощи страховой медицинской организацией в медицинскую организацию за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи (в случае периода действия договора менее трех месяцев).

Размер аванса, предоставляемого медицинской организации страховыми медицинскими организациями на основании заявок на авансирование медицинской помощи, может составлять до 50 процентов от одной двенадцатой объема годового финансового обеспечения медицинской помощи, распределенного медицинской организации решением Комиссии в соответствии с частью 10 статьи 36 Федерального закона.

В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, размер аванса, предоставляемого страховыми медицинскими организациями медицинской организации на основании заявки на авансирование медицинской помощи, может составлять до одной двенадцатой объема годового финансового обеспечения медицинской помощи, распределенного медицинской организации решением Комиссии в соответствии с частью 10 статьи 36 Федерального закона .

146. Счет на оплату медицинской помощи должен содержать, в том числе, следующие сведения:

1) номер и дату счета на оплату медицинской помощи;

2) наименование медицинской организации;

3) идентификационный номер налогоплательщика медицинской организации и код постановки на учет в налоговом органе в соответствии с единым государственным реестром юридических лиц;

4) период, за который выставлен счет (дата завершения оказания медицинской помощи);

5) сведения о виде медицинской помощи и способе оплаты медицинской помощи;

6) сведения о численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц (численности застрахованных лиц, проживающих на территории обслуживания медицинской организации) (в случае оплаты медицинской помощи по подушевым нормативам финансирования);

7) стоимость оказанной медицинской помощи.

Реестр счета должен содержать, в том числе, следующие сведения:

1) наименование медицинской организации;

2) идентификационный номер налогоплательщика медицинской организации и код постановки на учет в налоговом органе в соответствии с единым государственным реестром юридических лиц;

3) период, за который выставлен счет;

4) номер и дату счета на оплату медицинской помощи, к которому сформирован реестр счета;

5) сведения о застрахованном лице:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату и место рождения;

данные документа, удостоверяющего личность;

номер полиса;

6) 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, десятого пересмотра (далее - МКБ-10);

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

осложнение заболевания в соответствии с МКБ-10 (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 тарифным соглашением, в том числе о наименовании и номере клинико-статистической группы (при наличии);

стоимость оказанной медицинской помощи;

результат обращения за медицинской помощью (код);

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

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

147. Заявка на авансирование медицинской помощи, счет и реестр счета на оплату медицинской помощи подписываются руководителем и главным бухгалтером медицинской организации (или иным должностным лицом, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета), и при формировании заявки на авансирование медицинской помощи, счета и реестра счета на оплату медицинской помощи на бумажном носителе – заверяются печатью медицинской организации.

148. Для лиц, не идентифицированных в период оказания медицинской помощи, медицинской организацией в территориальный фонд субъекта Российской Федерации, в реализации территориальной программы которого она участвует, представляется ходатайство об идентификации застрахованного лица, содержащее предполагаемые сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, место пребывания) и сведения о ходатайствующей организации (наименование, контактная информация, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, печать);

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

После идентификации застрахованного лица сведения об оказанной медицинской помощи включаются в счет на оплату медицинской помощи.

150. С учетом представленных медицинской организации счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи территориальный фонд осуществляет проведение медико-экономического контроля, по итогам которого не позднее 10 рабочего дня месяца, следующего за отчетным месяцем, направляет счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи, 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, установленным в соответствии с частью 1 статьи 40 Федерального закона (далее - порядок организации и проведения контроля) и оплаты оказанной медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

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

152. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно [статье 41](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=356426&date=09.02.2021&dst=100531&fld=134) Федерального закона удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи и порядком организации и проведения контроля.

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

Н = РТ x Кно,

где:

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

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

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее - Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля.

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены, страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

154. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:

Сшт = РП x Кшт,

Сшт - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП - установленный тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой контроль подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, или подушевой норматив финансирования;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для отказа в оплате медицинской помощи в соответствии с Перечнем оснований.

155. Коэффициенты для определения размеров неполной оплаты медицинской помощи и штрафов по Перечню оснований размещаются на официальном сайте Федерального фонда не позднее 1 декабря года, предшествующего году реализации территориальной программы для использования при заключении тарифных соглашений на год реализации территориальной программы, или в течение 10 рабочих дней со дня установления (внесения изменений) в Перечень оснований.

156. При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного территориальным фондом медико-экономического контроля медицинская организация вправе доработать и представить в территориальный фонд отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения соответствующего заключения по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи.

157. При превышении в отчетном месяце объема средств, направленных в медицинскую организацию в соответствии с заявкой на авансирование медицинской помощи, над суммой выставленных медицинской организацией счетов на оплату медицинской помощи, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в последующие месяцы размер заявки на авансирование медицинской помощи уменьшается на сумму средств указанного превышения.

В случае превышения объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенных медицинской организации решением Комиссии, медицинская организация обязана обратиться в Комиссию с предложением о перераспределении объемов медицинской помощи и финансовых средств.

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

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

159. В случае превышения объема санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, над объемом средств, подлежащим направлению в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи, с учетом ранее перечисленного аванса, медицинская организация возвращает в страховую медицинскую организацию средства в объеме указанного превышения. При этом счет на оплату медицинской помощи не оплачивается.

При принятии медицинской организацией решения об обжаловании заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, предусмотренного статьей 42 Федерального закона, средства возвращаются в сроки, предусмотренные процедурой обжалования заключения.

В последующие отчетные периоды на сумму средств указанного превышения уменьшаются либо заявки на авансирование медицинской помощи, либо 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.

Средства, возвращенные медицинскими организациями в территориальный фонд на основании актов повторной медико-экономической экспертизы или повторной экспертизы качества медицинской помощи, проведенных территориальным фондом, не увеличивают стоимость территориальной программы.

160. В соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи, медицинская организация уплачивает в бюджет территориального фонда штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки исполнения требований территориального фонда. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение десяти рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

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

162. Медицинская организация и страховая медицинская организация в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи ежемесячно проводят сверку расчетов и составляют акт, который должен содержать сведения:

1) сумму задолженности страховой медицинской организации на начало отчетного месяца по:

оплате выставленных счетов на оплату медицинской помощи;

оплате пени за просрочку перечисления средств за оказанную медицинскую помощь;

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

оплате штрафов и возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, в том числе по результатам:

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;

по оплате пени за просрочку оплаты штрафов и возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона;

3) общую сумму средств на оплату медицинской помощи по предъявленным счетам за отчетный месяц;

4) сумму средств по заявке на авансирование медицинской помощи, предъявленной медицинской организации;

5) сумму средств, сформированных за нарушения, выявленные по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, всего, в том числе по результатам:

медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

6) сумму штрафов, начисленных за нарушения, выявленные по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, всего, в том числе по результатам:

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

7) сумму средств, удержанных страховой медицинской организацией:

по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе:

по результатам медико-экономического контроля;

по результатам медико-экономической экспертизы;

по результатам экспертизы качества медицинской помощи;

по средствам на авансирование оказание медицинской помощи в прошлые периоды, не обеспеченным выставленными счетами на оплату медицинской помощи с учетом контроля качества ее оказания;

8) перечислено медицинской организацией в страховую медицинскую организацию за отчетный месяц:

в связи с принятием к медицинской организации мер в соответствии со статей 41 Федерального закона;

оплаты штрафов по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе по результатам:

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

в связи с превышением сумм авансирования над выставленными счетами на оплату медицинской помощи с учетом контроля качества ее оказания;

9) сумму средств, удержанных по результатам принятия территориальными органами Фонда социального страхования решения об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве;

10) перечислено средств страховой медицинской организации в медицинскую организации в отчетном месяце;

по заявке на авансирование;

по счета на оплату медицинской помощи;

11) начислено пеней страховой медицинской организации за несвоевременное перечисление средств:

на авансирование оказание медицинской помощи;

на оплату медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

12) начислено пеней медицинской организации за несвоевременный возврат средств по итогам принятия мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона;

13) списана задолженность медицинской организации в соответствии с решениями, принятыми в соответствии с законодательством Российской Федерации;

14) перечислено страховой медицинской организацией пени за несвоевременное перечисление средств на:

на авансирование оказание медицинской помощи;

на оплату медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

15) перечислено медицинской организацией пеней за несвоевременный возврат средств по итогам принятия мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона;

16) сумма задолженности страховой медицинской организации на конец отчетного период:

по оплате выставленных счетов на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

оплате пени за просрочку перечисления средств за оказанную медицинскую помощь;

17) сумма задолженности медицинской организации на конец отчетного месяца по:

оплате штрафов и возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, в том числе по результатам:

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;

по оплате пени за просрочку оплаты штрафов и возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона;

Акт подписывается руководителем и главным бухгалтером страховой медицинской организации (или иным должностным лицом, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета), руководителем и главным бухгалтером медицинской организации (или иным должностным лицом, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета) и при формировании акта в форме документа на бумажном носителе - заверяется печатями страховой медицинской организации и медицинской организации.

163. При отсутствии технической возможности обеспечения усиленной квалифицированной электронной подписи подлинность сведений, представленных в электронном виде, должна подтверждаться уведомлением на бумажном носителе, при этом уведомление должно содержать дату его составления, способ представления реестра в электронном виде, дату предоставления в электронном виде, подпись, фамилию, имя, отчество (при наличии) исполнителя, должно быть заверено подписью директора территориального фонда и скреплено печатью территориального фонда.

164. Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в другом субъекте Российской Федерации, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, действующие в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи.

X. Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь,

оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта

Российской Федерации

165. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, в объеме, установленном базовой программой, не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты представления медицинской организацией с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Территориальный фонд субъекта Российской Федерации, на территории которого лицо застраховано (далее - территориальный фонд по месту страхования), осуществляет возмещение средств территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения счета, предъявленного территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи (далее – счет по межтерриториальным расчетам), в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, установленными для медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Территориальный фонд субъекта Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи принимает меры по исключению оплаты за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого они застрахованы.

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

167. При осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого они застрахованы, информационный обмен осуществляется в электронном виде в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79 «Общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»[[1]](#footnote-1) (далее - порядок ведения персонифицированного учета).

168. При технической невозможности осуществления данного обмена в электронном виде, подтвержденной Федеральным фондом, обмен осуществляется в форме документов на бумажном носителе, с внесение в информационную систему сведений, направленных на бумажном носителе не позднее трех рабочих дней со дня размещения Федеральным фондом информации о ликвидации технической невозможности осуществления обмена в электронном виде на официальном сайте Федерального фонда.

169. Медицинская организация формирует в соответствии с пунктами 146 и 147 настоящих Правил и направляет счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого они застрахованы, в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи не позднее пяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случаев оказания медицинской помощи.

170. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи в течение 10 рабочих дней со дня представления медицинской организацией счета и реестра счета на оплату медицинской помощи проводит медико-экономический контроль предъявленного медицинской организацией счета и реестра счета и при отсутствии дефектов и нарушений, предусмотренных в порядке организации и проведения контроля (далее - причины), требующих отклонения счета и реестра счета на оплату медицинской помощи, осуществляет включение счета и реестра счета на оплату медицинской помощи в счет по межтерриториальным расчетам, формируемый в соответствии с пунктом 175 настоящих Правил, и направление его и счета и реестра счета на оплату медицинской помощи в территориальный фонд по месту страхования.

В случае обнаружение после проведения медико-экономический контроля причин, требующих дополнительного рассмотрения реестра счета на оплату медицинской помощи, территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи дополнительно направляет в территориальный фонд по месту страхования уведомление об организации проведения совместной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи.

В уведомлении об организации проведения совместной медико-экономической экспертиза и/или экспертизы качества медицинской помощи указывается предложения по кандидатуре специалиста-эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи.

171. Территориальный фонд по месту страхования не позднее пяти рабочих дней со дня получения от территориального фонда по месту оказания медицинской помощи счета по межтерриториальным расчетам осуществляет рассмотрение счета по межтерриториальным расчетам и прилагаемым к ним счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи и:

по счетам и реестрам счетов на оплату медицинской помощи, не содержащим уведомления об организации проведения совместной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи при обнаружении причин, требующих проведения медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи формирует и направляет в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи уведомление об организации проведения совместной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи;

по счетам и реестрам счетов на оплату медицинской помощи, содержащим уведомления об организации проведения совместной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, осуществляет рассмотрение указанного уведомления и в случае несогласования данных кандидатур формирует и направляет в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи уведомления о замене кандидатур специалиста- эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи в котором указывает свои предложения по кандидатуре (ам) специалиста-эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи. В указанном случае оплата работы специалиста-эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи осуществляется за счет территориального фонда по месту страхования. При не направлении территориальным фондом по месту страхования уведомления о замене кандидатур специалиста- эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи, кандидатуры, предложенные в уведомлении об организации проведения совместной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи считаются согласованными территориальным фондом по месту страхования.

Территориальный фонд по месту страхования не позднее пяти рабочих дней со дня получения от территориального фонда по месту оказания медицинской помощи счета по межтерриториальным расчетам осуществляет возмещение затрат территориального фонда на оплату медицинской помощи в соответствии с суммой, указанной в счете по межтерриториальным расчетам.

172. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи:

в течение пяти рабочих дней со дня получения от территориального фонда уведомления о замене кандидатур специалиста- эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи осуществляет уведомление медицинской организации о проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи экспертами, предложенными территориальным фондом по месту страхования;

в течении пяти рабочих дней со дня получения от территориального фонда по месту страхования уведомления об организации проведения совместной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, осуществляет рассмотрение указанного уведомления и в случае несогласования данных кандидатур формирует и направляет в территориальный фонд по месту страхования медицинской помощи уведомления о замене кандидатур специалиста- эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи в котором указывает свои предложения по кандидатуре (кандидатурам) специалиста-эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи. В указанном случае оплата работы специалиста-эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи осуществляется за счет территориального фонда по месту оказания медицинской помощи. При не направлении территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи уведомления о замене кандидатур специалиста- эксперта и/или эксперта качества медицинской помощи, кандидатуры, предложенные в уведомлении об организации проведения совместной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи считаются согласованными им. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи осуществляет уведомление медицинской организации о проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи экспертами, предложенными территориальным фондом по месту страхования в случае их согласования, территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи, или территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи в течение двух рабочих дней со дня рассмотрения уведомления об организации проведения совместной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи.

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

Сведения о результатах проведения медико-экономической экспертизы и /или экспертизы качества медицинской помощи направляются территориальным фондом, кандидатуры которого были отобраны для проведения медико-экономической экспертизы и /или экспертизы качества медицинской помощи, соответственно в другой территориальный фонд. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи осуществляет направление сведений о результатах проведения медико-экономической экспертизы и /или экспертизы качества медицинской помощи медицинской организации.

Возврат средств территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи в территориальный фонд по месту страхования осуществляется путем уменьшения сумм, выставленных в счете по межтерриториальным расчетам, или путем перечисления указанных средств в территориальный фонд по месту страхования. Возврат средств оформляется территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи уведомлением о возврате средств, которое прилагается к счету по межтерриториальным расчетам.

В случае, если судебным решением, принятым по итогам обжалования медицинской организацией результатов контроля качества, объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи, предусмотрен возврат медицинской организацией средств, ранее взысканных с нее в связи с принятием мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, территориальный фонд по месту страхования осуществляет возмещение территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи указанных средств после получения от территориального фонда по месту оказания медицинской помощи уведомления о восстановлении средств, взысканных вследствие принятия мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона. Возмещение средств территориальным фондом по месту страхования в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи может также осуществляться путем увеличения сумм, выставленных в счете по межтерриториальным расчетам.

174. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в территориальный фонд медицинской организацией в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи и порядком организации и проведения контроля.

При принятии медицинской организацией решения об обжаловании заключений по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, предусмотренного статьей 42 Федерального закона, средства возвращаются в сроки, предусмотренные судебным решением.

175. Счет по межтерриториальным расчетам должен содержать в том числе следующие сведения:

номер и дату счета;

наименование территориального фонда по месту оказания медицинской помощи;

наименование территориального фонда по месту страхования;

сумму, подлежащую оплате;

сумму средств по выставленным счетам на оплату медицинской помощи;

сумму по возврату средств вследствие принятия мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона;

сумму восстановления средств, взысканных вследствие принятия мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона.

К счету по межтерриториальным расчетам прилагается реестр, содержащий реквизиты счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, уведомлений о возврате средств, уведомлений об организации проведения совместной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, уведомлений о восстановлении средств, взысканных вследствие принятия мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона.

176. Не подлежит межтерриториальным расчетам медицинская помощь, не входящая в базовую программу.

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

178. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи и территориальный фонд по месту страхования ежеквартально проводят сверка расчетов по счетам по межтерриториальным расчетам с оформлением акта сверки счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого они застрахованы (далее - акт сверки).

Акт сверки должен содержать следующие сведения:

1) сальдо на начало отчетного периода;

2) суммы счетов по оплате медицинской помощи, предъявленных к возмещению, суммы выставленных уведомлений о восстановлении средств, взысканных вследствие принятия мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, уведомлений о возврате средств;

3) суммы средств, перечисленных территориальным фондом по месту страхования в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи;

4) суммы средств, перечисленных территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи в территориальный фонд по месту страхования;

5) сальдо на конец отчетного периода.

Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи составляет акт сверки по счетам по межтерриториальным расчетам и направляет в течение 15 рабочих дней месяца, следующего за отчетным кварталом, в территориальные фонды по месту страхования.

Территориальный фонд по месту страхования, получивший акт сверки, производит сверку данных в течение 15 рабочих дней со дня получения акта сверки по счетам по межтерриториальным расчетам от территориального фонда по месту оказания медицинской помощи и его подписание.

179. В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи осуществляет авансирование медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, на основании представленной медицинской организацией заявки на авансирование медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, с указанием периода авансирования и суммы, размер которой может составлять до 50 процентов от среднемесячного объема средств, направленных на оплату медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, за последние три месяца текущего финансового года.

В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, медицинская организация направляет в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи заявку на авансирование медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, с указанием периода авансирования и суммы, размер которой может составлять до 50 процентов от среднемесячного объема средств, направленных на оплату медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, за последние три месяца текущего финансового года.

180. Медицинская организация и территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи ежемесячно проводят сверку расчетов и составляют акт, который должен содержать сведения:

1) сумму задолженности территориального фонда по месту оказания медицинской помощи на начало отчетного месяца по:

оплате выставленных счетов на оплату медицинской помощи;

оплате пени за просрочку перечисления средств за оказанную медицинскую помощь;

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

оплате штрафов и возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, в том числе по результатам:

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

по оплате пени за просрочку оплаты штрафов и возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона;

3) общую сумму средств на оплату медицинской помощи по предъявленным счетам за отчетный месяц;

4) сумму средств, сформированных за нарушения, выявленные по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, всего, в том числе по результатам:

медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

5) сумму штрафов, начисленных за нарушения, выявленные по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, всего, в том числе по результатам:

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

6) сумму средств, удержанных территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе:

по результатам медико-экономического контроля;

по результатам медико-экономической экспертизы;

по результатам экспертизы качества медицинской помощи;

7) перечислено медицинской организацией в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи за отчетный месяц:

в связи с принятием к медицинской организации мер в соответствии со статей 41 Федерального закона;

оплаты штрафов по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе по результатам:

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

8) перечислено средств территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи в медицинскую организации в отчетном месяце;

по счетам на оплату медицинской помощи;

9) начислено пеней территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи за несвоевременное перечисление средств на оплату медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

10) начислено пеней медицинской организации за несвоевременный возврат средств по итогам принятия мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона;

11) перечислено территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи пени за несвоевременное перечисление средств на оплату медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

12) перечислено медицинской организацией пеней за несвоевременный возврат средств по итогам принятия мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона;

13) сумма задолженности территориального фонда по месту оказания медицинской помощи на конец отчетного период:

по оплате выставленных счетов на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

оплате пени за просрочку перечисления средств за оказанную медицинскую помощь;

14) сумма задолженности медицинской организации на конец отчетного месяца по:

оплате штрафов и возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, в том числе по результатам:

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

по оплате пени за просрочку оплаты штрафов и возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона;

Акт подписывается руководителем и главным бухгалтером территориального фонда по месту оказания медицинской помощи (или иным должностным лицом, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета), руководителем и главным бухгалтером медицинской организации (или иным должностным лицом, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета) и при формировании акта в форме документа на бумажном носителе - заверяется печатями территориального фонда по месту оказания медицинской помощи и медицинской организации.».

3. Дополнить главой ХII.I следующего содержания:

«XII.I. Методика расчета объемов

финансового обеспечения медицинской помощи

209.1. Объем финансового обеспечения медицинской помощи рассчитывается на основании объемов предоставления медицинской помощи, распределенного медицинской организации (филиалу/представительству медицинской организации) решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии со статьей 30 Федерального закона.

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

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

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

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

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

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

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

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

209.5. Объем финансового обеспечения медицинской помощи по условиям оказания и способу оплаты медицинской помощи, профилю и виду медицинской помощи, наименованию медицинской услуги рассчитывается как произведение объема предоставления соответствующей медицинской помощи, распределенного медицинской организации решением Комиссии, на установленный в тарифном соглашении соответствующий условиям оказания и способу оплаты медицинской помощи, профилю и виду медицинской помощи, наименованию медицинской услуги и данной медицинской организации тариф на оплату медицинской помощи (подушевой норматив финансирования).

209.6. При расчете объема предоставления медицинской помощи тарифы на оплату медицинской помощи (подушевые нормативы финансирования), установленные в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии со статьей 30 Федерального закона, применяются с учетом следующих особенностей:

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

б) при определении тарифов на оплату медицинской помощи:

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

значение коэффициента сложности лечения пациента применяется на уровне, соответствующем среднему значению коэффициента сложности лечения пациента в данной медицинской организации в году, предшествующем году определения объемом финансового обеспечения медицинской помощи, по данным счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, а в случае неоказания медицинской организацией в указанном периоде медицинской помощи применяется среднее значению коэффициента сложности лечения пациента по субъекту Российской Федерации.».

4. В приложении № 1 к Правилам:

а) в подпункте 3 пункта 4 слова «распределяет на отчетный год с поквартальной разбивкой и корректирует в течение года объемы предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями» заменить словами «распределяет на отчетный год и перераспределяет в течение года объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями»;

б) пункт 8 изложить в следующей редакции:

«8. Распределение и перераспределение объемов медицинской помощи осуществляется:

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

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

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

4) с учетом показателей потребления медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, численности и половозрастной структуры застрахованных лиц.»;

в) дополнить пунктом 8.1 следующего содержания:

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

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

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

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

4) с учетом распределения (перераспределения) объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями, применяемых для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, в соответствии с Тарифным соглашением способов оплаты медицинской помощи и тарифов на оплату медицинской помощи, установленных Тарифным соглашением.»;

г) в пункте 9:

в абзаце первом слово «корректировке» заменить словом «перераспределении»;

в абзаце девятом слова «подпунктами 19 и 23 пункта 104» заменить словами «подпунктом 18 пункта 105»;

д) в абзаце девятом пункта 11 слова «между страховыми медицинскими организациями и» исключить;

е) в пункте 12:

слова «оперативной корректировки» заменить словами «оперативного перераспределения»;

после слов «объемов предоставления» дополнить словами «и финансового обеспечения»;

слова «между страховыми медицинскими организациями и» исключить;

ж) пункт 14 изложить в следующей редакции:

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

1. С изменениями, внесенными приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 9 сентября 2016 г. № 169, от 17 ноября 2017 г. № 323, от 23 марта 2018 г. № 54, от 28 сентября 2018 г. № 200, от 13 декабря 2018 г. № 285, от 30 августа 2019 г. № 173, от 15 января 2020 г. № 6, от 5 марта 2020 г. № 49 (согласно письму Министерства юстиции Российской Федерации от 27 июля 2018 г. № 01/99744-ЮЛ приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79 «Общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» не подлежал представлению на государственную регистрацию в Министерство юстиции Российской Федерации) [↑](#footnote-ref-1)