Проект

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

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

1. Утвердить:
   1. изменения, которые вносятся в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 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), от 10 февраля 2021 г. № 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 марта 2021 г., регистрационный № 62797), от 26 марта 2021 г. № 254н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2021 г., регистрационный № 63210), от 1 июля 2021 г. № 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64445), от 3 сентября 2021 г. № 908н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 октября 2021 г., регистрационный № 65295)   
      и от 21 февраля 2022 г. № 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный № 67559), согласно приложению;
   2. форму заявления о включении в реестр застрахованных лиц   
      согласно приложению;
   3. форму заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации согласно приложению;
   4. форму заявления о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе согласно приложению.
2. Установить, что пункты 5-30 изменений, утвержденных настоящим приказом, вступают в силу с 1 декабря 2022 г.

Министр М.А. Мурашко

СОГЛАСОВАНО:

Министерством финансов

Российской Федерации

Приложение

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 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:

а) после слов «порядок подачи» дополнить словами «заявления о включении   
в единый регистр застрахованных лиц,»;

б) после слов «заявления о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования» дополнить словами «на материальном носителе»;

в) слова «либо временного свидетельства» исключить.

2. Название Раздела II изложить в следующей редакции:

«II. Порядок подачи заявлений о включении в единый регистр застрахованных лиц, о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом и о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования   
на материальном носителе».

1. Пункт 3 после слов «или замену страховой медицинской организации» дополнить словами «, а также на включение в единый регистр застрахованных лиц, в соответствии с частью 1 статьи 46 Федерального закона,».
2. Пункт 6 изложить в следующей редакции:

«6. Заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации   
и о включении в единый регистр застрахованных лиц (при совместном упоминании – Заявления) с учетом приложений должны содержать следующие сведения:

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

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

место рождения;

гражданство;

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

данные документа, удостоверяющего личность (для детей в возрасте   
до четырнадцати лет - реквизиты записи акта гражданского состояния о рождении);

место жительства (на основании регистрации);

место пребывания (в случае, отличном от места проживания вносится   
на основании временной регистрации);

статус застрахованного лица (работающий, неработающий);

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

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

гражданство;

реквизиты документа, удостоверяющего личность;

статус законного представителя застрахованного лица;

реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица;

СНИЛС;

полис обязательного медицинского страхования (далее – полис)   
(при наличии);

место жительства (на основании регистрации);

место пребывания (в случае, отличном от места проживания вносится   
на основании временной регистрации);

3) наименование страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом;

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

5) о получении выписки, содержащей сведения о полисе обязательного медицинского страхования;

6) о согласии на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи   
(для лиц, не достигших возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан   
в Российской Федерации»[[1]](#footnote-1) (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ), и граждан, признанных недееспособными, - согласие законного представителя застрахованного лица, а также согласие представителя застрахованного лица в случае подачи   
им заявления);

7) контактные данные застрахованного лица (законного представителя) (подлежат обязательному заполнению в случае наличия согласия, предусмотренного подпунктом 6 настоящих Правил):

адрес электронной почты (при наличии);

телефон;».

1. Пункт 7 изложить в следующей редакции:

«7. Заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации   
и (или) о включении в единый регистр застрахованных лиц в соответствии   
с частью 5 статьи 16 Федерального закона подается лично или через своего представителя посредством:

обращения в страховую медицинскую организацию (иную организацию)   
в письменной форме;

официального сайта территориального фонда обязательного медицинского страхования в информационно-телекоммуникационной сети Интернет   
(далее соответственно – территориальный фонд, официальный сайт)   
(при условии прохождения застрахованным лицом или его законным представителем процедуры идентификации и аутентификации в соответствии   
с законодательством Российской Федерации) в электронной форме;

Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций),   
в электронной форме.».

1. Дополнить пунктом 7.1 следующего содержания:

«7.1 При подаче в соответствии с частью 1 статьи 46 Федерального закона застрахованным лицом заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации подается   
им одновременно с заявлением о включении в единый регистр застрахованных лиц.

Приложение к Заявлениям застрахованным лицом или его законным представителем заполняется в одном экземпляре.

Формы бланков Заявлений приведены в приложениях № 6, № 7 и № 8   
к настоящим Правилам.».

1. Пункт 8 изложить в следующей редакции:

«8. В случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и (или) заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) указанные заявления подписываются электронной подписью застрахованного лица или его законного представителя, вид которой определяется в соответствии с частью 2 статьи 21.1 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»[[2]](#footnote-2).».

1. Пункт 9 изложить в следующей редакции:

«9. В случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и (или) заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц посредством официального сайта территориального фонда заявления подписываются усиленной квалифицированной электронной подписью застрахованного лица или его законного представителя.».

1. Пункт 10 изложить в следующей редакции:

«10. При подаче заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и (или) заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц   
в письменной форме заявления заверяется подписью представителя страховой медицинской организации (иной организации), уполномоченного руководителем страховой медицинской организации (иной организации) на прием заявлений   
о выборе (замене) страховой медицинской организации, а также печатью страховой медицинской организации (иной организации), при наличии печати.».

1. Пункт 11 изложить в следующей редакции:

«11. При подаче заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и (или) заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц   
в электронной форме через официальный сайт территориального фонда   
или посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) принятые заявления заверяются усиленной квалифицированной электронной подписью представителя страховой медицинской организации, уполномоченного руководителем страховой медицинской организации на прием заявлений.».

1. Пункт 12 изложить в следующей редакции:

«12. При принятии заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и (или) заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц   
в электронной форме через официальный сайт территориального фонда территориальный фонд направляет заявителю подтверждение приема заявлений   
в форме электронного документа на адрес электронной почты, указанный   
в заявлениях.».

1. Пункт 13 изложить в следующей редакции:

«13. При принятии заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и (или) заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц   
в электронной форме через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) территориальный фонд направляет заявителю подтверждение приема заявлений в форме электронного документа через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций).».

1. В пункте 14:

а. абзац первый после слов «о выборе (замене) страховой медицинской организации» дополнить словами: «и (или) заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц»;

б. в абзаце двадцать восемь слова «подтверждающий полномочия» заменить словами: «удостоверяющий статус».

1. Абзац первый пункта 15 изложить в следующей редакции:

«В случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и (или) заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц   
в электронной форме через официальный сайт или посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) представляются следующие верифицированные сведения из документов застрахованного лица:».

1. Пункт 16 после слов «страховой медицинской организации» дополнить словами «и (или) на включение в единый регистр застрахованных лиц».
2. Абзац первый пункта 17 изложить в следующей редакции:

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

1. Пункт 18 изложить в следующей редакции:

«18. Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации   
и (или) заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц оформляются иностранными гражданами, указанными в пункте 16 настоящих Правил,   
в письменной форме и подаются непосредственно в страховую медицинскую организацию.».

1. Абзац первый пункта 19 изложить в следующей редакции:

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

1. Пункт 20 изложить в следующей редакции:

«20. На основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и предъявления документов, указанных в пунктах 14, 15, 17 и 19 настоящих Правил, страховая медицинская организация обеспечивает внесение сведений, указанных в Заявлениях, в единый регистр застрахованных лиц   
и предоставляет застрахованному лицу выписку из единого регистра застрахованных лиц, содержащую сведения о полисе в соответствии с главой IV настоящих Правил.».

1. Пункт 22 изложить в следующей редакции:

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

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

1. В пункте 23 слова «частью 7 статьи 16» заменить словами: «частью 15 статьи 38».
2. Пункт 25 изложить в следующей редакции:

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

1. В пункте 26:

а) абзац первый изложить в следующей редакции:

«В соответствии с частью 3 статьи 49.1 Федерального закона граждане Российской Федерации, указанные в части 1 статьи 49.1 Федерального закона   
(за исключением проходящих военную службу по призыву), обязаны сообщить   
о необходимости приостановления действия их полиса, а также сдать полис   
на материальном носителе (при наличии) или сообщить о его утрате путем подачи заявления о сдаче (утрате) полиса на материальном носителе одним из способом, выбранных застрахованным лицом:»;

б) дополнить абзацем третьим следующего содержания:

«посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций);»;

в) абзац третий изложить в следующей редакции:

«Заявления о сдаче (утрате) полиса на материальном носителе или   
о приостановлении действия полиса подаются в письменной форме и должны содержать следующие сведения:»;

г) подпункт 3 дополнить словами «на материальном носителе».

1. Подпункт 3 пункта 27 после слов «(утрате) полиса» дополнить словами «на материальном носителе».
2. Пункты 28- 35 изложить в следующей редакции:

«28. Полис удостоверяет право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.

Полис представляет собой уникальную последовательность символов   
в машиночитаемом виде, которая присваивается сведениям о застрахованном лице   
в едином регистре застрахованных лиц при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах.

29. Полис, выданный на материальном носителе в форме бумажного документа или пластиковой карты с электронным носителем информации,   
в соответствии с положениями Федерального закона, действующего до вступления   
в силу Федерального закона от 6 декабря 2021 г. № 405-ФЗ (далее – полис   
на бланке), действителен в течение всего периода его действия и замены   
не требует.

В случаях изменения фамилии, имени, отчества, изменения даты рождения   
и пола застрахованного лица требуется переоформление полиса в порядке, предусмотренном пунктами 48-51 настоящих Правил.

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

30. После 1 декабря 2022 года полис, в том числе и переоформленный,   
может быть выдан по запросу застрахованного лица в виде документа   
на материальном носителе, предназначенном для нанесения, хранения и передачи полиса, а также в виде штрихового кода (графической информации в кодированном виде) в форме выписки из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе (далее – выписка о полисе).

31. Выписка о полисе, содержащая в том числе и штриховой код, выдается   
в день подачи застрахованным лицом или его законным представителем заявления   
о включении в единый регистр застрахованных лиц в составе следующих сведений   
о застрахованном лице:

номер полиса;

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

срок действия полиса.

Подлинность сведений, представленных в виде штрихового кода на любом материальном носителе, при его предъявлении, подтверждаются документом, удостоверяющим личность (для детей в возрасте до четырнадцати   
лет – свидетельство о рождении).

32. В случае принятия территориальным фондом положительного решения при рассмотрении заявления о включении сведений о застрахованном лице в единый регистр застрахованных лиц формируется реестровая запись и единый номер полиса в едином регистре застрахованных лиц.

Территориальный фонд не позднее одного рабочего дня, следующего   
за днем формирования реестровой записи в едином регистре застрахованных лиц, информирует об этом застрахованное лицо посредством «Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций)».

33. В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 7 сентября 2022 № 1578 «О сроках одновременного использования единого федерального информационного регистра, содержащего сведения о населении Российской Федерации, и государственных информационных систем органов   
и организаций, указанных в статье 10 Федерального закона «О едином федеральном информационном регистре, содержащем сведения о населении Российской Федерации», при организации межведомственного информационного взаимодействия в целях предоставления государственных и муниципальных услуг   
и выполнения государственных и муниципальных функций в переходный период» установлено, что в течение переходного периода, сроки которого установлены частью 1 статьи 13 Федерального закона «О едином федеральном информационном регистре, содержащем сведения о населении Российской Федерации», допускается одновременное использование единого федерального информационного регистра, содержащего сведения о населении Российской Федерации, и государственных информационных систем органов и организаций, указанных в статье 10 Федерального закона «О едином федеральном информационном регистре, содержащем сведения о населении Российской Федерации», при организации межведомственного информационного взаимодействия в целях предоставления государственных и муниципальных услуг и выполнения государственных   
и муниципальных функций.

34. В течение переходного периода, определенного пунктом 33, застрахованные лица обязаны при обращении за медицинской помощью,   
за исключением случаев получения экстренной медицинской помощи, предъявлять полис на бланке либо выписку о полисе. При наличии технической возможности однозначной идентификации застрахованного лица в едином регистре застрахованных лиц идентификация застрахованных лиц может осуществляться   
по предъявлении застрахованным лицом или его законным представителем документа, удостоверяющего личность застрахованного лица.

35. По истечению переходного периода, определенного в пункте 33 застрахованные лица обязаны при обращении за медицинской помощью,   
за исключением случаев получения экстренной медицинской помощи,   
предъявлять по своему выбору либо полис на бланке или выписку о полисе,   
либо документ, удостоверяющий личность (для детей в возрасте до четырнадцати   
лет – свидетельство о рождении).».

26. Раздел IV изложить в следующей редакции:

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

36. Запись в едином регистре застрахованных лиц формируется при внесении сведений о застрахованном лице в единый регистр застрахованных лиц территориальным фондом обязательного медицинского страхования в случае:

а) принятия решения после рассмотрения заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц, поданного застрахованным лицом лично или через своего представителя;

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

составления записи акта гражданского состояния о рождении ребенка;

получения лицом гражданства Российской Федерации;

предоставления иностранному гражданину вида на жительство в Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ   
«О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»[[3]](#footnote-3)   
(далее – Федеральный закон № 115-ФЗ);

предоставления иностранному гражданину, лицу без гражданства разрешения на временное проживание в Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом № 115-ФЗ;

предоставления сведений об изменении статуса (работающий, неработающий) в отношении лиц, указанных в части 1.1 статьи 10 Федерального закона.

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

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

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

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

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

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

43. Срок действия полиса для застрахованных лиц, указанных в пунктах 38-42 может быть дополнительно ограничен в случае окончания срока правовых оснований нахождения застрахованного лица на территории Российской Федерации в соответствии с требованиями части 2 статьи 49.1 Федерального закона.

44. Лица, указанные в части 1.1 статьи 10 настоящего Федерального закона, включаются в единый регистр застрахованных лиц только при наличии условий, предусмотренных частью 1.1 статьи 16 Федерального закона, суммарно, в случае подтверждения их статуса работающего в соответствии с частью 2.1 статьи 49 Федерального закона. При утрате статуса «работающего» в соответствии   
с требованиями части 2 статьи 49.1 Федерального закона полис признается недействительным.

45. В день подачи заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации и (или) о включении в единый регистр застрахованных лиц лично   
или через своего представителя страховая медицинская организация   
(иная организация), в которую были поданы заявления, формирует застрахованному лицу оформленный страховой медицинской организацией (иной организацией) полис и направляет информацию в территориальный фонд в соответствии   
с порядком информационного взаимодействия, утвержденным Федеральным фондом.

46. Полис, представленный в виде штрихового кода, выдается посредством использования федеральной государственной информационной системы   
Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций).

Страховая медицинская организация по запросу застрахованного лица   
выдает застрахованному лицу или его законному представителю выписку о полисе, содержащую сведения о действующем полисе, в том числе и в виде штрихового кода.

47. Страховая медицинская организация, выбранная застрахованным лицом при осуществлении замены страховой медицинской организации на основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации, в день подачи застрахованным лицом заявления направляет информацию в территориальный фонд в соответствии с порядком информационного взаимодействия, утвержденным Федеральным фондом, а в случае наличия у застрахованного лица действующего полиса:

1) размещенного на бланке в форме бумажного документа или пластиковой карты с электронным приложением (электронный полис), вносит сведения   
о страховой медицинской организации на бланк полиса;

2) выдает застрахованному лицу выписку о полисе, содержащую сведения   
о застрахованном лице и выбранной им страховой медицинской организации,   
в том числе и штриховой код при наличии соответствующего запроса   
от застрахованного лица или его законного представителя.

48. В день подачи заявления о сдаче (утрате) полиса страховая медицинская организация, в которую было подано заявление в письменной форме застрахованным лицом лично или его законным представителем, обеспечивает внесение указанного заявления в единый регистр застрахованных лиц и направление его на рассмотрение в территориальный фонд в соответствии с порядком информационного взаимодействия, утвержденным Федеральным фондом.

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

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

50. Переформирование полиса осуществляется также в случаях:

1) изменения даты рождения и пола застрахованного лица;

2) установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся   
в полисе;

3) необходимости продления действия полиса гражданам, указанным   
в пунктах 38 - 42 настоящих Правил, при сохранении у них права на обязательное медицинское страхование в случае продления срока действия вида на жительство, действия разрешения на временное проживание, действия трудового договора или исполнения соответствующих полномочий.

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

В день подачи заявления о переоформлении полиса застрахованным лицом лично или его законным представителем страховая медицинская организация,   
в которую было подано заявление о переоформлении полиса, обеспечивает внесение указанного заявления и направление его на рассмотрение в территориальный фонд   
в соответствии с порядком информационного взаимодействия, утвержденным Федеральным фондом.

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

53. В случае утраты бланка полиса выдача дубликата не производится. Застрахованное лицо может разместить сведения о действующем полисе на любой материальный носитель посредством Единого портала государственных   
и муниципальных услуг (функций) и (или) застрахованное лицо может лично или его законный представитель запросить страховую медицинскую организацию   
о выдаче выписки о полисе, содержащей сведения о действующем полисе.

54. Не позднее одного рабочего дня, следующего за днем подачи заявления, указанных в пунктах 45, 47, 48, 51, 62, территориальный фонд, получивший информацию от страховой медицинской организации, осуществляет проверку   
в едином регистре застрахованных лиц на непротиворечивость и (или) соответствие информации, включаемой в реестровые записи единого регистра застрахованных лиц, с иными сведениями единого регистра застрахованных лиц по:

1) фамилии, имени, отчеству, дате и месту рождения застрахованного лица;

2) данным документа, удостоверяющего личность;

3) дате рождения и месту жительства и месту пребывания;

4) страховому номеру индивидуального лицевого счета (СНИЛС);

Результат проверки направляется в страховую медицинскую организации   
в соответствии с порядком информационного взаимодействия, утвержденным Федеральным фондом.

55. В случае выявления действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц страховая медицинская организация в течение одного рабочего дня со дня получения сведений уведомляет застрахованное лицо либо его законного представителя, подавшего заявление в соответствии с пунктом 45, об отказе   
во включении в единый регистр застрахованных лиц с указанием мотивов отказа.

56. В случае отсутствия действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц территориальный фонд включает сведения о застрахованном лице в единый регистр застрахованных лиц, за исключением лиц, указанных в части 1.1 статьи 10 Федерального закона, не приобретших право на обязательное медицинское страхование в соответствии с пунктом 44 настоящих Правил.

57. Территориальный фонд в течение одного рабочего дня со дня формирования реестровой записи единого регистра застрахованных лиц информирует застрахованное лицо о формировании полиса посредством федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)», а также информирует страховую медицинскую организацию в соответствии с порядком информационного взаимодействия, утвержденным Федеральным фондом.

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

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

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

61. Федеральный фонд в целях формирования полисов застрахованным лицам обеспечивает внесение в единый регистр застрахованных лиц сведений, получаемых в рамках межведомственного информационного взаимодействия в соответствии   
с порядком ведения персонифицированного учета застрахованных лиц, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации.

62. Поданные застрахованным лицом посредством федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных   
и муниципальных услуг (функций)» заявления в электронном виде подписываются квалифицированной электронной подписью застрахованного лица и направляются   
в единый регистр застрахованных лиц.

63. Федеральный фонд не позднее одного рабочего дня, следующего за днем получения сведения из информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» обеспечивает их загрузку в единый регистр застрахованных лиц.

64. Не позднее одного рабочего дня, следующего за днем включения сведений о застрахованном лице в единый регистр застрахованных лиц территориальный фонд информирует застрахованное лицо посредством информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» о включении в единый регистр застрахованных лиц или о внесении изменений в соответствии   
с заявлением либо о мотивированном отказе.

65. Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным в страховой медицинской организации, определенной территориальным фондом в порядке, предусмотренном частью 6 статьи 16 Федерального закона.

66. Если застрахованным лицом не было подано заявление о замене страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным той страховой медицинской организацией, которой оно было застраховано ранее.

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

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

69. Прием заявлений, поданных в форме бумажного документа застрахованными лицами лично или через своего представителя осуществляется   
в предназначенных для этих целей помещениях (пунктах выдачи), в том числе мобильных, организованных на территории субъекта Российской Федерации страховыми медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление страхования по виду деятельности - обязательное медицинское страхование   
на территории данного субъекта Российской Федерации, либо иными организациями.

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

Страховые медицинские организации (иные организации) могут организовать прием заявлений о включении и выборе (замене) страховой медицинской организации в месте непосредственного нахождения застрахованного лица.

71. Страховая медицинская организация (иные организации):

1) информирует застрахованное лицо в течение трех рабочих дней с даты получения сведений из территориального фонда о факте страхования и возможности получения выписки о полисе, содержащей, в том числе и штриховой код   
или внесения изменений в бланк полиса посредством, указанных застрахованным лицом в Заявлениях, каналов получения информации;

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

3) знакомит застрахованных лиц, оформляющих полис, с настоящими Правилами, базовой программой обязательного медицинского страхования   
(далее – Федеральным фондом базовая программа), территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее – территориальная программа), перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации;

4) предоставляет информацию о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, о порядке информационного сопровождения на всех этапах оказания им медицинской помощи, контактные телефоны территориального фонда и страховой медицинской организации, оформившая полис, которая может доводиться до застрахованных лиц в виде печатных информационных материалов (памятки, брошюры).

72. Застрахованные лица уведомляют страховые медицинские организации   
об изменении контактных данных, указанных в заявлении на выбор (замену) страховой медицинской организации, в случае заполнения графы в заявлении   
на выбор (замену) страховой медицинской организации согласия   
на информационное сопровождение застрахованных лиц.

73. Испорченные, недействительные и невостребованные бланки полисов, изготовленные до 1 декабря 2022 года, хранятся в страховой медицинской организации в течение трех лет с даты приема заявлений.

74. По истечении срока хранения они подлежат списанию и уничтожению   
по решению комиссии по списанию и уничтожению бланков полисов,   
признанных недействительными, создаваемой приказом страховой медицинской организации, согласованным с территориальным фондом, с оформлением акта списания и уничтожения бланков полисов, признанных недействительными   
или невостребованными.

75. В состав комиссии по списанию и уничтожению бланков полисов, признанных недействительными, включаются представители территориального фонда и страховой медицинской организации.».

1. Пункт 78 изложить в следующей редакции:

«78. Страховая медицинская организация, принявшая от застрахованного лица, указанного в части 1 статьи 49.1 Федерального закона (за исключением проходящих военную службу по призыву), заявлениями о сдаче (утрате) полиса   
на материальном носителе или о приостановлении действия полиса, не позднее одного рабочего дня, следующего за днем обращения застрахованного лица   
с заявлениями о сдаче (утрате) полиса на материальном носителе или   
о приостановлении действия полиса, передает сведения о застрахованном лице, указанные в пункте 26 настоящих Правил, в территориальный фонд.

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

В день подачи заявления в электронной форме посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) Федеральный фонд осуществляет проверку на наличие у застрахованного лица полиса и обеспечивает внесение сведений о застрахованном лице в единый регистр застрахованных лиц.

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

1. Пункт 79 изложить в следующей редакции:

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

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

о лицах, гражданство Российской Федерации которых прекращено;

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

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

о лицах, признанных беженцами на территории Российской Федерации,   
при утрате ими статуса беженца или лишении их статуса беженца в соответствии   
с Федеральным законом «О беженцах»;

2) ежедневно в течение 1 рабочего дня со дня получения сведений:

об изменении статуса (работающий, неработающий) в отношении лиц, указанных в части 1.1 статьи 10 Федерального закона, данных о фактах, начала   
и окончания ими трудовых отношений (действия договоров гражданско-правового характера), поступающих в соответствии с частью 2.1 статьи 49 Федерального закона;».

1. Пункт 80 изложить в следующей редакции

«80. Территориальный фонд на основании сведений, указанных в пункте 79 настоящих Правил, в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета и признает полис недействительным со дня поступления данных сведений.».

1. В подпункте 3 пункта 86 слово «лицензия» заменить на слова   
   «выписка из реестра лицензий в отношении лицензии».
2. Пункт 86:

а. в подпункте 3 слово «лицензия» заменить на «выписка из реестра лицензий в отношении лицензии»;

б. абзац два подпункта 4 изложить в следующей редакции   
«При представлении уведомления на бумажном носителе одновременно представляются копии данных документов (выписка из реестра лицензий   
в отношении лицензии на осуществление страхования по виду деятельности – обязательное медицинское страхование).».

1. В абзаце тридцать седьмом пункта 105:

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

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

1. Пункт 123 изложить в следующей редакции:

«123. Страховая медицинская организация в соответствии с договором   
о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования ежемесячно   
в срок, установленный договором на оказание и оплату медицинской помощи   
по обязательному медицинскому страхованию, представляет в территориальный фонд:

1) заявку на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее – заявка на авансирование);

2) 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.».

1. В пункте 124:

а) абзац два после слов «за предшествующий период» дополнить словами   
«(за исключением месяца, предшествующего месяцу подачи заявки)»;

б) абзац три изложить в следующей редакции:

«Сумма авансирования, указанная в заявке на авансирование, не может превышать 50 процентов в период с января по ноябрь, а в декабре – 95 % размера финансового обеспечения страховой медицинской организации, рассчитанного   
в соответствии с [пунктом 139](#P736) настоящих Правил, на месяц, предшествующий месяцу направления заявки на авансирование»;

в) исключить абзац четыре;

г) абзац пять изложить в следующей редакции:

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

35. В пункте 125:

а) в подпункте 1 слова «сведения о» заменить на слово «наименование»;

б) подпункт 2 изложить в следующей редакции:

«наименование территориального фонда»;

в) подпункт 8 изложить в следующей редакции:

«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, выставленных по результатам проведенного медико-экономического контроля, и с учетом средств авансирования, предоставленного медицинским организациям»;

г) подпункты 9-11 исключить;

д) в подпункте 12 слово «применяемым» заменить на слово «примененным»;

е) подпункт 12.1 изложить в следующей редакции: «сумма по примененным   
к медицинским организациям мерам по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, превышающая сумму   
по представленным медицинскими организациями счетам на оплату медицинской помощи с учетом средств авансирования, предоставленного медицинским организациям в предыдущие месяцы, нарастающим итогом с начала финансового года, в том числе;»;

ж) дополнить частью 12.1.1. следующего содержания:

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

з) дополнить частью 12.1.2. следующего содержания:

«12.1.2) сумма по примененным к медицинским организациям мерам   
по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, превышающая сумму по представленным медицинскими организациями счетам на оплату медицинской помощи с учетом суммы авансирования, предоставленного медицинским организациям, нарастающим итогом с начала финансового года;»;

и) подпункт 13 изложить в следующей редакции:

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

к) дополнить подпунктом 13.1 следующего содержания:

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

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

м) дополнить подпунктом 15.1 следующего содержания:

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

н) подпункт 17 изложить в следующей редакции:

«17) итоговая сумма средств по заявке, рассчитанная как разница положительных значений сумм, предусмотренных подпунктами 6 и 13,   
и отрицательного значения суммы, предусмотренной подпунктом 7 настоящего пункта;»;

о) дополнить подпунктом 18 следующего содержания: «дата составления заявки на получение средств на оплату счетов.»;

п) абзац девятнадцать после слов «втором – пятом,» дополнить словами   
«а также в абзаце».

36. В пункте 126 слова «или иным должностным лицом, на которое имеется доверенность на подписание заявок» заменить словами «уполномоченным лицом».

37. Пункт 127 изложить в следующей редакции:

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

38. Подпункт 1 пункта 128 изложить в следующей редакции:

«1) со дня получения заявки на авансирование, в размере не более объема средств финансового обеспечения страховой медицинской организации, рассчитанного в соответствии с [пунктом 139](#P736) настоящих Правил, на месяц, предшествующий месяцу направления заявки на авансирование;».

39. Пункт 129 после слов «территориальный фонд» дополнить словами   
«в порядке и сроки, установленные договором финансового обеспечения обязательного медицинского страхования,».

40. В пункте 130 слова «сумма аванса, представляемого страховой медицинской организацией в следующем периоде» заменить словами «сумма аванса (окончательного расчета), представляемого страховой медицинской организацией   
в следующие периоды».

41. Пункт 131 изложить в следующей редакции:

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

42. В пункте 132:

а) в подпункте 2 исключить слова «и по средствам авансирования оказания медицинской помощи, не обеспеченным выставленными счетами на оплату медицинской помощи с учетом контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи»;

б) дополнить подпунктом 2.1 следующего содержания:

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

в) подпункт 5 перед словами «размере средств» дополнить словом «суммарном»;

г) в подпункте 6 исключить слова «и в связи с превышением суммы авансирования оказания медицинской помощи над суммой счетов на оплату медицинской помощи с учетом контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи»;

д) дополнить подпунктом 6.1 следующего содержания:

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

е) в подпункте 7 исключить слова «, в том числе размере списанной задолженности»;

ж) дополнить подпунктом 7.1 следующего содержания:

«7.1.) размере списанной задолженности медицинской организации   
в соответствии с решениями, принятыми в соответствии с законодательством Российской Федерации;»;

з) в подпункте 9 исключить слова «и по средствам авансирования оказания медицинской помощи, не обеспеченным выставленными счетами на оплату медицинской помощи с учетом контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи»;

и) дополнить подпунктом 9.1 следующего содержания:

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

43. В пункте 133:

а) абзац первый подпункта 2 дополнить словами: «подтверждение территориальным фондом обязательного медицинского страхования увеличения объемов, в том числе, связанные с повышенной заболеваемостью, и их финансового обеспечения, включая увеличение тарифов на оплату медицинского помощи,   
а также количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу   
и возрасту;»;

б) абзацы второй-четвертый подпункта 2 исключить;

в) абзац пятый подпункта 2 изложить в следующей редакции:   
«Срок проведения проверки не может превышать срок, установленный   
в соответствии с частью 8 статьи 38 Федерального закона.»;

г) абзац шестой подпункта 2 изложить в следующей редакции:

«Предоставление указанных средств осуществляется в соответствии   
с [порядком](consultantplus://offline/ref=5F531212C05FCCFD625CD147215722E9B5C64C03EAC09C633A3137D76A6EA339CDFCE39A62E1AE290AB91F8841C53951B03476307FDBC60Dy3A8Q) использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом в соответствии   
с [частью 6.4 статьи 26](consultantplus://offline/ref=5F531212C05FCCFD625CD147215722E9B5C74806E9CB9C633A3137D76A6EA339CDFCE39E67EAFA794AE746D9038E3458A828763By6A3Q) Федерального закона, в течение трех рабочих дней   
со дня окончания проверки.».

44. В пункте 138 слово «пяти» заменить на слова «первых четырех».

45. Пункт 140 исключить.

46. В пункте 141:

а) абзац шестой подпункта 4 исключить;

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

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

г) абзац четвертый подпункта 12 изложить в новой редакции «по результатам экспертизы качества медицинской помощи;»;

д) абзац четвертый подпункта 16 исключить;

е) дополнить подпунктом 18.1 следующего содержания:

«18.1) сумме, подлежащей перечислению в медицинские организации,   
в соответствии с решениями, принятыми в соответствии с законодательством Российской Федерации;»;

ж) дополнить подпунктом 18.2 следующего содержания:

«18.2) сумме, перечисленной в медицинские организации, в соответствии   
с решениями, принятыми в соответствии с законодательством Российской Федерации;»;

з) дополнить подпунктом 19.1 следующего содержания:

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

и) подпункт 23 изложить в следующей редакции:

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

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

средствам из остатка средств, ранее возвращенных в территориальный фонд;

средствам нормированного страхового запаса, исчисляемой, начиная   
с четвертого рабочего дня со дня окончания проверки, проведенной в соответствии   
с подпунктом 2 пункта 133 настоящих Правил (включая задолженность по пункту 3 части 9 статьи 38 Федерального закона);

средствам на ведение дела;»;

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

л) абзац третий подпункта 24 дополнить словами: «, исчисляемой,   
начиная с четвертого рабочего дня со дня получения от медицинской организации указанных средств»;

м) абзац четвертый подпункта 24 дополнить словами: «, исчисляемой,   
начиная с четвертого рабочего дня со дня получения от медицинской организации указанных средств»;

н) абзац шестой подпункта 25 исключить.

47. В пункте 143:

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

б) абзац четвертый изложить в следующей редакции:

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

в) абзац пятый изложить в следующей редакции:

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

48. В пункте 145:

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

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

49. В подпункте 6 пункта 146 слово «среднесписочной» заменить на слово «среднемесячной».

50. В пункте 147:

а) абзац десятый подпункта 6 изложить в следующей редакции:

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

б) дополнить абзацем двенадцать следующего содержания:

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

51. Абзац второй пункта 151 изложить в следующей редакции:

«направляет в медицинские организации заключения по результатам медико-экономического контроля по лицам, застрахованным в страховой медицинской организации, в страховую медицинскую организацию – принятые к оплате счета   
и реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным   
в страховой медицинской организации лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также заключения по результатам медико-экономического контроля в страховую медицинскую организацию   
для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля и оплаты оказанной медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;».

52. В пункте 153 исключить слова «организации и».

53. В пункте 154:

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

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

в) абзац восемь заменить на:

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

Н = (РТ1 – РТ2) + РТ2 x Кно,

где:

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

РТ1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

РТ2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу;

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с Приложением № 5 к настоящему Порядку.

В настоящем пункте под тарифом на оплату медицинской помощи понимается также стоимость случая оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.».

54. В пункте 155:

а) абзац пятый изложить в следующей редакции:

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

б) дополнить абзацем следующего содержания:

«В настоящем пункте под тарифом на оплату медицинской помощи понимается стоимость случая оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.».

55. В пункте 156:

а) абзац первый дополнить предложением следующего содержания:

«Оплата счетов, повторно представленных медицинскими организациями   
к оплате после доработки, осуществляется в период оплаты счетов за следующий отчетный месяц.»;

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

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

57. В пункте 159:

а) в абзаце первом слова «, с учетом ранее перечисленного аванса» заменить на слова «(разница между выставленным на оплату счетом и ранее перечисленным авансом)»;

б) абзац второй изложить в следующей редакции:

«При принятии медицинской организацией решения об обжаловании заключений страховой медицинской организации и (или) территориального фонда по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, предусмотренного [статьей 42](consultantplus://offline/ref=1ED2F2DC40A055EC3AF16B61C22B44DD9A54778BF7030915898F39F50B01AF0CF51517F8731D2CEA2B5C0F9F8C75CDDB07535D5DACD2WEU) Федерального закона, средства возвращаются в сроки, предусмотренные процедурой обжалования заключения   
в соответствии с порядком проведения контроля.»;

в) в абзаце третьем исключить слова «либо заявки на авансирование медицинской помощи, либо».

58. Пункт 161 изложить в следующей редакции:

«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, за счет средств обязательного социального страхования   
от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, принимает меры по исключению оплаты данного случая оказания медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования при последующих расчетах с медицинской организацией в рамках проведения медико-экономического контроля в соответствии с порядком проведения контроля.».

59. В пункте 162:

а) в абзаце первом исключить слово «сведения»;

б) абзац второй подпункта 1 изложить в следующей редакции:

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

в) подпункт 2 изложить в следующей редакции:

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

оплате штрафов по результатам:

медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер   
в соответствии со [статьей 41](consultantplus://offline/ref=14D71780D4F8A600923D1F88ECE73671F06432A1412F7A87DAE392F8CB84D284D5729ED1DB8A748BEEFA888CD5F5C8FA849EDFCED92CF804y2NFI) Федерального закона, в том числе по результатам:

медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

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

г) дополнить подпунктом 2.1 следующего содержания:

«2.1.) сумму задолженности медицинской организации на начало отчетного месяца по: оплате пени за просрочку оплаты штрафов и возврата средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со [статьей 41](consultantplus://offline/ref=1ED2F2DC40A055EC3AF16B61C22B44DD9A54778BF7030915898F39F50B01AF0CF51517FB701B22BD7B130EC3C822DEDB03535F5BB02E824AD9WCU) Федерального закона»;

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

е) дополнить подпунктом 4.1 следующего содержания:

«4.1) сумму средств на авансирование, рассчитанную страховой медицинской организацией в соответствии с пунктом 125 настоящих Правил;»;

ж) подпункт 6 дополнить абзацем вторым следующего содержания:

«медико-экономического контроля;»;

и) дополнить подпунктом 13.1 следующего содержания:

«13.1) сумму средств, подлежащих перечислению медицинской организации   
в соответствии с решениями, принятыми в соответствии с законодательством Российской Федерации;»;

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

л) подпункт 17 дополнить абзацем 6 следующего содержания:

«возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер   
в соответствии со [статьей 41](consultantplus://offline/ref=14D71780D4F8A600923D1F88ECE73671F06432A1412F7A87DAE392F8CB84D284D5729ED1DB8A748BEEFA888CD5F5C8FA849EDFCED92CF804y2NFI) Федерального закона, по результатам:

медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;»;

м) дополнить подпунктом 17.1 следующего содержания:

«17.1) сумму задолженности медицинской организации на конец отчетного месяца по: оплате пени за просрочку оплаты штрафов и возврата средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со [статьей 41](consultantplus://offline/ref=1ED2F2DC40A055EC3AF16B61C22B44DD9A54778BF7030915898F39F50B01AF0CF51517FB701B22BD7B130EC3C822DEDB03535F5BB02E824AD9WCU) Федерального закона.».

60. Пункт 163 изложить в следующей редакции:

«163. Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации по месту нахождения медицинской организации, и оказывающих медицинскую помощь в рамках участия в реализации территориальной программы другого субъекта Российской Федерации   
(далее – второй субъект Российской Федерации), при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, полис обязательного медицинского страхования которым выдан во втором субъекте Российской Федерации, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленные в тарифном соглашении субъекта Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи, заключаемом в соответствии со [статьей 30](consultantplus://offline/ref=1ED2F2DC40A055EC3AF16B61C22B44DD9A54778BF7030915898F39F50B01AF0CF51517FB701B24BD7B130EC3C822DEDB03535F5BB02E824AD9WCU) Федерального закона для данной медицинской организации.».

61. В пункте 164:

а) в абзаце один исключить слово «рабочих»;

б) в абзаце два исключить слово «рабочих».

62. В пункте 169:

а) в абзаце один исключить слова «организации и»;

б) в абзаце два исключить слова «организации и».

63. Пункт 170 изложить в следующей редакции:

«170. Территориальный фонд по месту страхования не позднее двадцати пяти дней со дня получения от территориального фонда по месту оказания медицинской помощи счета по межтерриториальным расчетам и прилагаемых к нему счетов   
и реестров счетов на оплату медицинской помощи осуществляет возмещение затрат территориального фонда на оплату медицинской помощи.».

64. В пункте 173 исключить слова «организации и».

65. Пункт 176 дополнить словами:

«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.».

66. В пункте 184 исключить абзац четыре.

67. В пункте 204 сноску <15> изложить в следующей редакции:

«В том числе на финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга в соответствии со статьей 624 Гражданского кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 5, ст. 410), при отсутствии у медицинской организации в течение трех месяцев просроченной кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования с ограничением платежа в размере до одного миллиона рублей в год   
за один объект лизинга. В случае наличия у медицинской организации просроченной кредиторской задолженности в течение трех месяцев, то расходы   
на финансовую аренду объектов (лизинг) или приобретение предмета лизинга включаются в размере, не превышающем ста тысяч рублей».

68. В пункте 213 исключить слова «организации и».

69. Пункт 247 после абзаца один включить абзац следующего содержания: «Страховая медицинская организация по результатам прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий взрослого населения проводит опрос не менее 0,5 % застрахованных лиц, прошедших профилактические мероприятия, а также не менее 20,0 % застрахованных лиц, включенных в списки   
к прохождению профилактических мероприятий, но не прошедших их.».

70. Пункты 251 – 277 Раздела XV «Порядок информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи»   
изложить в следующей редакции:

«251. Страховая медицинская организация обеспечивает контроль   
за соблюдением прав застрахованных лиц, в том числе с онкологическими заболеваниями, на оказание медицинской помощи в соответствии с [порядками](consultantplus://offline/ref=1ED2F2DC40A055EC3AF16B61C22B44DD98587E8BF7010915898F39F50B01AF0CF51517FB701B27BE79130EC3C822DEDB03535F5BB02E824AD9WCU) оказания медицинской помощи, на основе [клинических рекомендаций](consultantplus://offline/ref=1ED2F2DC40A055EC3AF16B61C22B44DD98587E8BF7010915898F39F50B01AF0CF51517FB701B26BC79130EC3C822DEDB03535F5BB02E824AD9WCU)   
и с учетом [стандартов](consultantplus://offline/ref=1ED2F2DC40A055EC3AF16B61C22B44DD98587E8BF7010915898F39F50B01AF0CF51517FB701B27BE7F130EC3C822DEDB03535F5BB02E824AD9WCU) медицинской помощи, в том числе своевременность проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий.

252. Страховая медицинская организация на информационном ресурсе территориального фонда формирует индивидуальную историю:

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

информирования о прохождении профилактических мероприятий   
и диспансерном наблюдении.

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

1) единый номер полиса застрахованного лица;

2) номера и даты счетов на оплату медицинской помощи;

3) коды медицинских организаций, оказавших медицинскую помощь;

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

5) о законченных случаях лечения в условиях стационара и дневного стационара;

6) даты начала и окончания оказания медицинской помощи;

7) о диагнозах основном и сопутствующим по [МКБ-10](consultantplus://offline/ref=1ED2F2DC40A055EC3AF16278C52B44DD9E5F7E85FF010915898F39F50B01AF0CE7154FF7701939BE7C0658928ED7W5U);

8) результаты обращения за медицинской помощью;

9) сведения о диспансерном наблюдении;

Данные сведения формируются в хронологической последовательности   
по датам оказания законченных случаев лечения и (или) медицинских услуг.

При реализации застрахованным лицом выбора (замены) страховой медицинской организации в связи с изменением места жительства, полноту формирования полной индивидуальной истории страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием обеспечивают территориальные фонды.

254. Индивидуальная история информирования застрахованных лиц должна содержать следующую информацию:

1) единый номер полиса застрахованного лица;

2) диагноз основной и сопутствующий по [МКБ-10](consultantplus://offline/ref=1ED2F2DC40A055EC3AF16278C52B44DD9E5F7E85FF010915898F39F50B01AF0CE7154FF7701939BE7C0658928ED7W5U), в соответствии с которыми застрахованное лицо состоит на диспансерном наблюдении;

3) сведения о прохождении профилактических мероприятий   
или диспансерном наблюдении;

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

5) период прохождения профилактических мероприятий, а также диспансерного наблюдения;

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

7) даты предыдущего информирования с указанием информации о диагнозах основном и сопутствующим по [МКБ-10](consultantplus://offline/ref=1ED2F2DC40A055EC3AF16278C52B44DD9E5F7E85FF010915898F39F50B01AF0CE7154FF7701939BE7C0658928ED7W5U), в соответствии с которыми застрахованное лицо было проинформировано о прохождении профилактических мероприятий,   
а также диспансерного наблюдения.

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

При реализации застрахованным лицом выбора (замены) страховой медицинской организации в связи с изменением места жительства, полноту формирования полной индивидуальной истории информирования о прохождении профилактических мероприятий, а также диспансерного наблюдения обеспечивают территориальные фонды.

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

В случаях принятия Комиссией решений по корректировке объемов медицинской помощи, установленных для медицинских организаций, актуализация сведений в информационном ресурсе осуществляется территориальным фондом   
не позднее двух рабочих дней с даты принятия Комиссией решений.

256. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, средствами информационного ресурса представляет в территориальный фонд в срок не позднее 15 января текущего года:

1) сведения о лицах из числа выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи*;*

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

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

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

257. При представлении медицинской организацией в информационном ресурсе сведений о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением   
в соответствующей медицинской организации в текущем календарном году,   
и планируемых сроках диспансерного наблюдения дополнительно к сведениям, установленным пунктом 256 настоящих Правил, ежемесячно представляются следующие сведения:

1) диагноз заболевания, по поводу которого застрахованное лицо находится под диспансерным наблюдением;

2) дата включения застрахованного лица в группу диспансерного наблюдения;

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

4) код медицинского работника, осуществляющего диспансерное наблюдение застрахованного лица в выбранной им медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи: врача-терапевта (участкового, общей практики), врача-специалиста (по профилю заболевания застрахованного лица), врача (фельдшера) отделения (кабинета) медицинской профилактики, врача (фельдшера) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, фельдшера фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта)   
в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения;

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

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

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

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

9) результат диспансерного приема (осмотра, консультации) (по факту обращения), отражающий выдачу застрахованному лицу врачом - терапевтом направления для проведения диспансерного наблюдения врачом-специалистом другой медицинской организации, в том числе специализированного вида, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь   
по профилю заболевания застрахованного лица, в случае отсутствия такого   
врача-специалиста в медицинской организации;

10) результат диспансерного приема (осмотра, консультации) (по факту обращения), отражающий прекращение диспансерного наблюдения.

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

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

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

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

4) застрахованных лицах, госпитализированных в экстренном порядке;

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

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

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

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

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

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

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

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

2) начавших прохождение диспансеризации;

3) завершивших первый этап диспансеризации;

4) направленных на второй этап диспансеризации;

5) завершивших второй этап диспансеризации;

6) присвоенной группе здоровья по результатам прохождения диспансеризации.

Страховая медицинская организация не позднее трех рабочих дней после индивидуального информирования застрахованных лиц размещает сведения   
об информировании в информационном ресурсе.

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

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

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

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

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

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

265. При выявлении случаев нарушений соблюдения сроков госпитализации, профиля госпитализации и уровня медицинской организации страховая медицинская организация информирует руководителя медицинской организации   
и орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченный высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, о фактах непрофильной госпитализации и при необходимости принимает меры по переводу пациента в другую медицинскую организацию соответствующего профиля и имеющую оснащение в соответствии с [порядками](consultantplus://offline/ref=1ED2F2DC40A055EC3AF16B61C22B44DD98587E8BF7010915898F39F50B01AF0CF51517FB701B27BE79130EC3C822DEDB03535F5BB02E824AD9WCU) оказания медицинской помощи.

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

267. Страховая медицинская организация ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени информирует каждую медицинскую организацию, с которой   
у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи, оказывающую первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную медицинскую помощь:

1) об объемах медицинской помощи и количестве свободных мест   
для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) оказания медицинской помощи по каждой медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара   
и (или) специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь;

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

268. Страховая медицинская организация ведет учет застрахованных лиц:

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

2) начавших прохождение диспансеризации;

3) завершивших первый этап диспансеризации;

4) направленных на второй этап диспансеризации;

5) завершивших второй этап диспансеризации;

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

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

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

270. Страховая медицинская организация в срок не позднее 20 января текущего календарного года на основании регистра лиц, застрахованных   
в страховой медицинской организации, с учетом сведений, внесенных каждой медицинской организацией в информационный ресурс, формирует список застрахованных лиц, подлежащих прохождению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения в очередном календарном году, а также о лицах, застрахованных в страховой медицинской организации, находящихся под диспансерным наблюдением в текущем календарном году: фамилию, имя, отчество (при наличии), дату рождения, номер полиса.

271. Страховая медицинская организация в срок до 1 июля года, в рамках реализации территориальной программы которого осуществляется информирование застрахованных лиц в целях прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, осуществляет индивидуальное информирование застрахованных лиц о прохождении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения в очередном календарном году согласно списку, сформированному страховой медицинской организацией в соответствии с пунктами 268 и 270 настоящих Правил, с учетом имеющихся возможностей медицинской организации, представленных в соответствии с пунктом 256 настоящих Правил.

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

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

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

273. Медицинская организация ежемесячно направляет в информационный ресурс сведения о застрахованных лицах, направленных на II этап диспансеризации, перечне дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами, назначенных застрахованным лицам к выполнению на II этапе диспансеризации   
для уточнения диагноза заболевания, а также сведения о застрахованных лицах, направленных на диспансерное наблюдение.

274. Страховой представитель в срок до 1 июля года, в рамках реализации территориальной программы которого осуществляется информирование застрахованных лиц в целях прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, осуществляет информирование застрахованных лиц, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации или диспансерному наблюдению в текущем году, в том числе лиц, не прошедших данные мероприятия, или законных представителей застрахованных лиц   
о возможности прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации или диспансерного приема (осмотра, консультации)   
в соответствии с представленным медицинской организацией согласно пункту 256 настоящих Правил планом-графиком проведения диспансеризации.

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

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

275. Страховая медицинская организация представляет в территориальный фонд отчет об информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи по [форме](consultantplus://offline/ref=9B2BDEA7DB8997FB2B6DBFE08E55D9DF4EAAEA0A7FD563D6DBD0CB30F32F1F6F05871CEC271F1AEDBF0B6D075C0EA737EF7F319621315FBEgESEO), устанавливаемой Федеральным фондом   
в соответствии с [пунктом 6.1 части 8 статьи 33](consultantplus://offline/ref=9B2BDEA7DB8997FB2B6DBFE08E55D9DF4FABE70A7BDF63D6DBD0CB30F32F1F6F05871CEC271F18E4BA0B6D075C0EA737EF7F319621315FBEgESEO) Федерального закона.

276. Обмен информацией между медицинскими организациями, страховой медицинской организацией и территориальным фондом осуществляется   
в электронной форме с соблюдением требований по защите персональных данных   
и иной конфиденциальной информации в соответствии с [частью 6 статьи 44](consultantplus://offline/ref=9B2BDEA7DB8997FB2B6DBFE08E55D9DF4FABE70A7BDF63D6DBD0CB30F32F1F6F05871CEC261E15B8E9446C5B1A5AB435E87F33903Dg3S1O) Федерального закона.

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

При обращении застрахованного лица ([законного представителя](consultantplus://offline/ref=9B2BDEA7DB8997FB2B6DBFE08E55D9DF45AAE90B7BD73EDCD389C732F420407802CE10ED271F1EE8B35468124D56A834F061378E3D335DgBSEO) застрахованного лица) с жалобой на некачественное оказание медицинской помощи или взимание платы за медицинскую помощь, включенную в территориальную программу обязательного медицинского страхования, страховая медицинская организация регистрирует письменное обращение, по жалобе на некачественное оказание медицинской помощи проводит медико-экономическую экспертизу   
и (или) экспертизу качества медицинской помощи в соответствии с [порядком](consultantplus://offline/ref=9B2BDEA7DB8997FB2B6DBFE08E55D9DF48A2EF0B7FDD63D6DBD0CB30F32F1F6F05871CEC271F1EECB10B6D075C0EA737EF7F319621315FBEgESEO) проведения контроля и в сроки, установленные Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=9B2BDEA7DB8997FB2B6DBFE08E55D9DF4FA2EB0578DC63D6DBD0CB30F32F1F6F178744E0251E00ECBE1E3B561Ag5S9O)   
от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан   
Российской Федерации»[[4]](#footnote-4).».

71. В приложении № 1[[5]](#footnote-5):

а) подпункт 3 пункта 4 после слов «…на который осуществляется распределение» дополнить словами: «, 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)в динамике до трех лет (за исключением медицинских организаций, впервые включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования   
в году, на который формируется территориальная программа обязательного медицинского страхования);»;

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

в) подпункт 4 пункта 8 после слов «структуры застрахованных лиц» дополнить словами «, а также с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в динамике до трех лет   
(за исключением медицинских организаций, впервые включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в году, на который формируется территориальная программа обязательного медицинского страхования)»;

г) подпункт 4 пункта 8.1 после слов «между медицинскими организациями» дополнить словами «, в том числе исходя из результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в динамике до трех лет   
(за исключением медицинских организаций, впервые включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в году, на который формируется территориальная программа обязательного медицинского страхования),»;

д) подпункт 6 пункта 9 изложить в следующей редакции:

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

е) в пункте 10 исключить слова «страховыми медицинскими организациями   
и между»;

ж) абзац четвертый подпункта 1 пункта 10 исключить;

з) абзацы шестой-восьмой подпункта 1 пункта 10 исключить;

и) подпункт 2 пункта 10 исключить;

к) в абзаце четвертом подпункта 3 пункта 10 исключить слова «КПГ/»;

л) в абзаце пятом подпункта 3 пункта 10 исключить слова «КПГ/»;

м) в абзаце втором подпункта 4 пункта 10 исключить слова «страховыми медицинскими организациями и между»;

н) подпункт 11 дополнить подпунктом 8 следующего содержания:

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

о) пункт 13 дополнить подпунктом 4 следующего содержания:

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

1. Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 27, ст. 3477; № 48, ст. 6165; 2016, № 27, ст. 4219 [↑](#footnote-ref-1)
2. Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 31, ст. 4179; 2011, № 15, ст. 2038 [↑](#footnote-ref-2)
3. Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 30, ст. 3032; 2003, № 27, ст. 2700; № 46, ст. 4437; 2004, № 35, ст. 3607; № 45, ст. 4377; 2006, № 30, ст. 3286; № 31, ст. 3420; 2007, № 1, ст. 21; № 49, ст. 6071; № 50, ст. 6241; 2008, № 19, ст. 2094; № 30, ст. 3616; 2009, № 19, ст. 2283; № 23, ст. 2760; № 26, ст. 3125; № 52, ст. 6450; 2010, № 21, ст. 2524; № 30, ст. 4011; № 31, ст. 4196; № 40, ст. 4969; № 52, ст. 7000; 2011, № 1, ст. 29; ст. 50; № 13, ст. 1689; № 17, ст. 2318, 2321; № 27, ст. 3880; № 30, ст. 4590; № 47, ст. 6608; № 49, ст. 7043, 7061; № 50, ст. 7342, 7352; 2012, № 31,   
   ст. 4322; № 47, ст. 6396, 6397; № 50, ст. 6967; № 53, ст. 7640, 7645; 2013, № 19, ст. 2309; № 19,   
   ст. 2310; № 23, ст. 2866; № 27, ст. 3461, 3470, 3477; № 30, ст. 4036, 4037, 4040, 4057, 4081; № 52, ст. 6949, 6951, 6954, 6955, 7007; 2014, № 16, ст. 1828, 1830, 1831; № 19, ст. 2311, 2332; № 26,   
   ст. 3370; № 30, ст. 4231, 4233; № 48, ст. 6638, 6659; № 49, ст. 6918; № 52, ст. 7557; 2015, № 1,   
   ст. 61, 72; № 10, ст. 1426; № 14, ст. 2016; № 21, ст. 2984; № 27, ст. 3951, 3990, 3993; № 29, ст. 4339, 4356; № 48, ст. 6709; 2016, № 1, ст. 58, 85, 86; № 18, ст. 2505; № 27, ст. 4238; 2017, № 11, ст. 1537; № 17, ст. 2459; № 24, ст. 3480; № 31, ст. 4765, 4792; № 50, ст. 7564; 2018, № 1, ст. 77, 82; № 27,   
   ст. 3951; № 30, ст. 4537, 455; № 53, ст. 8433, 8454 [↑](#footnote-ref-3)
4. Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 19, ст. 2060; 2018, № 53, ст. 8454. [↑](#footnote-ref-4)
5. Приложение № 1 «Положение о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования» Правил обязательного медицинского страхования Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 г. № 108н (зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2019 № 54643). [↑](#footnote-ref-5)