

**Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 марта 2021 г. N 254н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. N 108н"**

В соответствии с [пунктом 10 части 8 статьи 33](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2020, N 50, ст. 8075), [подпунктом 5.2.136](#) Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного [постановлением](#) Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 26, ст. 3526), приказываю:

1. Внести изменения в [Правила](#) обязательного медицинского страхования, утвержденные [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. N 108н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2019 г., регистрационный N 54643), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации [от 9 апреля 2020 г. N 299н](#) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 апреля 2020 г., регистрационный N 58074), [от 25 сентября 2020 г. N 1024н](#) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2020 г., регистрационный N 60369) и [от 10 февраля 2021 г. N 65н](#) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 марта 2021 г., регистрационный N 62797), согласно [приложению](#).

2. Настоящий приказ вступает в силу с 1 июля 2021 года.

Министр

М.А. Мурашко

Зарегистрировано в Минюсте РФ 22 апреля 2021 г.  
Регистрационный N 63210

**Приложение  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 26 марта 2021 г. N 254н**

**Изменения, которые вносятся в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. N 108н**

1. В [пункте 2](#) после слов "методику расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию," дополнить словами "методику расчета объемов финансового обеспечения медицинской помощи,".

2. [Подпункт 4 пункта 31](#) дополнить [новым абзацем](#) следующего содержания:

"В случае осуществления территориальным фондом в соответствии с частью 17 статьи 38 Федерального закона обязанностей и прав, предусмотренных частями 2 и 3 указанной статьи, обратная сторона бумажного полиса заполняется территориальным фондом."

3. В [пункте 107](#) цифры "103" заменить цифрами "104".

4. [Главы IX и X](#) изложить в следующей редакции:

**"IX. Порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию**

121. В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу по договору на оказание и оплату медицинской помощи, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона, по результатам 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) и в соответствии с порядком, установленным настоящими Правилами, на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.

В соответствии с частью 5 статьи 39.1 Федерального закона оплата медицинской помощи застрахованному лицу осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с частью 3<sup>1</sup> статьи 30 Федерального закона, на основании представленных медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона, реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением уполномоченного федерального органа исполнительной власти, и в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

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

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

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

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

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

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

Сумма авансирования, указанная в заявке на авансирование, не может превышать 50 процентов размера финансового обеспечения страховой медицинской организации, рассчитанной в соответствии с пунктом 139 настоящих Правил, на месяц, предшествующий месяцу направления заявки на авансирование.

В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, размер аванса, предоставляемого территориальным фондом страховой медицинской организации на основании заявки на

авансирование, может составлять до 100 процентов размера финансового обеспечения страховой медицинской организации, рассчитанной в соответствии с пунктом 139 настоящих Правил, на месяц, предшествующий месяцу направления заявки на авансирование.

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

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

- 1) сведения о страховой медицинской организации;
- 2) сведения о территориальном фонде;
- 3) период, за который составляется заявка на получение средств на оплату счетов;
- 4) реквизиты договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;
- 5) численность застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации, определенная как среднее значение между количеством застрахованных лиц на первое число отчетного месяца и первое число текущего месяца (далее - среднемесячная численность);
- 6) размер финансового обеспечения страховой медицинской организации, утвержденный территориальным фондом по дифференцированным подушевым нормативам;
- 7) сумму средств, полученных страховой медицинской организацией по заявке на авансирование за отчетный месяц;
- 8) объем средств, необходимый для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц по счетам на оплату медицинской помощи, полученных от территориального фонда, в том числе с учетом санкций и штрафов, выставленных по результатам проведенного медико-экономического контроля, и с учетом средств авансирования, предоставленного медицинским организациям, а также в том числе объем средств по счетам на оплату медицинской помощи, по которым оплату расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляет территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации;
- 9) объем средств, излишне направленных в медицинские организации на оплату расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, по которым оплату расходов на медицинскую помощь осуществляет территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации, в предшествующих периодах;
- 10) объем средств, поступивших в отчетном месяце от юридических и физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в пределах суммы, затраченной на оплату медицинской помощи;
- 11) объем средств, необходимый для перечисления в медицинские организации, объем средств, по которым подлежит списанию задолженность медицинских организаций, по решениям, принятым в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 12) сумма по применяемым к медицинским организациям мерам по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, в том числе с учетом сумм, не учтенных при оплате медицинской помощи медицинским организациям, нарастающим итогом с начала финансового года; сумма по применяемым 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 том числе нарастающим итогом с начала финансового года;

13) сумма выставленных к медицинским организациям требований по возврату средств обязательного медицинского страхования, по которым не получен возврат средств, за отчетный период и нарастающим итогом с начала финансового года (не учтенных в подпунктах 8 и 11 настоящего пункта);

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

15) сумма средств авансирования, направленная в медицинские организации, на которую данными организациями не представлены счета на оплату медицинской помощи по отчетному месяцу и нарастающим итогом с начала финансового года, в том числе сумма авансирования, которая будет возвращена страховой медицинской организацией в территориальный фонд в последующих периодах, и сумма авансирования, которая будет учитываться при оплате счетов за оказанную медицинскую помощь в последующих периодах;

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

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

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

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

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

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

1) со дня получения заявки на авансирование, в размере, указанном в заявке на авансирование, но не более 50 процентов от размера финансового обеспечения страховой медицинской организации, рассчитанного в соответствии с пунктом 139 настоящих Правил, на месяц, предшествующий месяцу направления заявки на авансирование;

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

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

130. В случае превышения в отчетном месяце суммы аванса, направленного страховой медицинской организацией в медицинскую организацию, над размером счетов на оплату

медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, указанные средства подлежат возврату в территориальный фонд в последующие месяцы текущего года при возврате медицинской организацией средств в страховую медицинскую организацию, или на сумму указанного превышения страховой медицинской организацией уменьшается сумма аванса, представляемого страховой медицинской организацией в следующем периоде, и указанные средства учитываются страховой медицинской организацией при оплате медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в следующем периоде.

131. Остаток целевых средств, возвращенный в территориальный фонд, может быть заявлен страховой медицинской организацией для оплаты медицинской помощи в последующие периоды в случае превышения для данной страховой медицинской организации в отчетном месяце фактического объема средств на оплату медицинской помощи над объемом средств для оплаты медицинской помощи, определенным с учетом дифференцированных подушевых нормативов. Средства, предназначенные на расходы на ведение дела, с указанных средств страховой медицинской организации не направляются. На указанные цели страховой медицинской организацией может быть также заявлена сумма средств, подлежащая возврату страховой медицинской организацией в территориальный фонд в соответствии с пунктом 130 настоящих Правил.

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

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

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

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

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

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

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

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

6) возвращенном медицинской организацией в страховую медицинскую организацию размере средств в связи с принятием мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона и в связи с превышением суммы авансирования оказания медицинской помощи над суммой счетов на оплату медицинской помощи с учетом контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

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

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

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

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

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

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

подтверждение достоверности отчета страховой медицинской организации об использовании целевых средств;

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

анализ наличия повышения заболеваемости по конкретным нозологиям в целом по субъекту Российской Федерации на основе счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи и информации Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека об осложнении эпидемической ситуации в субъекте Российской Федерации.

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

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

1) наличие у страховой медицинской организации остатка целевых средств;

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

3) отсутствие средств в нормированном страховом запасе территориального фонда.

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

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

136. Территориальный фонд в соответствии с пунктом 6 части 7 статьи 34 Федерального

закона утверждает для страховых медицинских организаций дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящими Правилами.

137. Расчет размеров финансового обеспечения страховых медицинских организаций по дифференцированным подушевым нормативам осуществляется территориальным фондом ежемесячно и утверждается руководителем территориального фонда или иным лицом территориального фонда, имеющим право действовать от имени территориального фонда.

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

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

$$\text{ФФ} = \sum D_i \times Ч_i \times \text{КП}$$

где:

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

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

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

$$\text{КП} = \frac{C \times Ч}{\sum_{i=1}^k D_i \times Ч_i}$$

где:

$C$  - среднедушевой норматив финансирования страховых медицинских организаций;

$Ч$  - среднемесячная численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации;

$k$  - количество страховых медицинских организаций.

140. 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, информирует его о принятых мерах по исключению из оплаты за счет средств обязательного медицинского страхования случая оказания указанной медицинской помощи не позднее трех рабочих дней со дня принятия соответствующих мер.

141. Территориальный фонд и страховая медицинская организация ежемесячно проводят сверку расчетов, по результатам которой составляют акт сверки расчетов (далее - Акт), который

должен содержать сведения о/об:

- 1) территориальном фонде;
- 2) страховой медицинской организации (филиале/представительстве страховой медицинской организации);
- 3) дате, по состоянию на которую производится сверка расчетов;
- 4) остатке средств в страховой медицинской организации на начало отчетного периода, в том числе о:
  - целевых средствах;
  - средствах, подлежащих направлению в территориальный фонд в соответствии с пунктом 2 части 6.3 статьи 26 Федерального закона; собственных средствах;
  - средствах, поступивших от юридических и физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в пределах суммы, затраченной на оплату медицинской помощи;
  - средствах от возврата медицинскими организациями авансов, не обеспеченных выставленными счетами на оплату медицинской помощи;
- 5) задолженности территориального фонда перед страховой медицинской организацией на начало отчетного месяца, в том числе по:
  - финансированию по дифференцированным подушевым нормативам; средствам нормированного страхового запаса;
  - средствам на ведение дела;
- 6) задолженности страховой медицинской организации перед территориальным фондом на начало отчетного месяца по:
  - целевым средствам, подлежащим возврату в территориальный фонд в соответствии с пунктом 131 настоящих Правил;
  - средствам от применения страховыми медицинскими организациями к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
  - средствам авансирования медицинских организаций, не обеспеченных выставленными счетами на оплату медицинской помощи, по которым не осуществлен возврат территориальный фонд;
  - штрафам и пеням за нарушение договорных обязательств по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;
  - возмещению средств обязательного медицинского страхования, использованных страховой медицинской организацией не по целевому назначению;
- 7) объеме средств, подлежащих перечислению в страховую медицинскую организацию в отчетном месяце всего, в том числе:
  - по дифференцированным подушевым нормативам, в том числе по заявке на авансирование и заявке на получение средств на оплату счетов; из средств нормированного страхового запаса;
  - за счет остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды;
  - на ведение дела;
- 8) объеме поступивших в страховую медицинскую организацию средств от территориального фонда всего, в том числе:
  - по дифференцированным подушевым нормативам, в том числе по заявке на авансирование и заявке на получение средств на оплату счетов;
  - за счет остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды;
  - из средств нормированного страхового запаса;
  - на ведение дела;
- 9) средствах, поступивших в страховую медицинскую организацию от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц;



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

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

оплаты медицинскими организациями санкций в связи с принятием к ним мер по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи:

медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

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

11) общей сумме средств, принятой к оплате по счетам на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь в отчетном месяце, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, 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;

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

по результатам медико-экономического контроля;

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

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

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

удержанных по результатам медико-экономического контроля;

удержанных по результатам медико-экономической экспертизы;

удержанных по результатам экспертизы качества медицинской помощи;

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

14) средствах, подлежащих перечислению в территориальный фонд в соответствии с пунктом 2 части 6<sup>3</sup> статьи 26 Федерального закона;

15) средствах, перечисленных в территориальный фонд в соответствии с пунктом 2 части 6<sup>3</sup> статьи 26 Федерального закона

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

средствах авансирования, перечисленных медицинским организациям по заявкам на авансирование;

средствах на оплату медицинской помощи по счетам на оплату медицинской помощи;

штрафам и пеням в связи с нарушением обязательств по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

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

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

19) штрафах и пенях, начисленных страховой медицинской организации за нарушение

договорных обязательств по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

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

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

предназначенных на расходы на ведение дела страховой медицинской организации;

сформированных по результатам проведения медико-экономической экспертизы;

сформированных по результатам проведения экспертизы качества медицинской помощи;

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

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

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

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

штрафах и пених за нарушение договорных обязательств по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

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

средствах, перечисленных в территориальный фонд в соответствии с пунктом 2 части 6<sup>3</sup> статьи 26 Федерального закона;

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

дифференцированным подушевым нормативам;

средствам нормированного страхового запаса;

средствам на ведение дела;

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

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

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

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

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

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

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

целевых средствах;

средствах, подлежащих направлению в территориальный фонд в соответствии с пунктом 2 части 6<sup>3</sup> статьи 26 Федерального закона;

собственных средствах;

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

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

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

142. Страховая медицинская организация направляет средства на авансирование и оплату медицинской помощи в медицинские организации в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключаемыми в соответствии со статьей 39 Федерального закона в течение трех рабочих дней со дня получения целевых средств от территориального фонда, направляемых им соответственно согласно подпунктам 1 и 2 пункта 128 настоящих Правил.

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

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

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

При этом медицинской организацией, оплата медицинской помощи которой осуществляется на основе подушевого норматива финансирования или подушевого норматива финансирования с учетом показателей результативности деятельности, в том числе подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, представляется персонафицированный реестр счета, содержащий сведения об оказанной медицинской помощи (медицинских услугах, посещениях, обращениях, вызовах, законченных случаях лечения заболевания, в том числе на основе КПП/КСГ) застрахованным лицам, обслуживаемым медицинской организацией.

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

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

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

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

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

1) наименование медицинской организации;

2) наименование страховой медицинской организации;

3) период авансирования;

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

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

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

7) сумма авансирования.

Сумма авансирования, указанная медицинской организацией в заявке на авансирование, не может составлять более 50 процентов в период с января по ноябрь, а в декабре - более 95 процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи страховой медицинской организацией в медицинскую организацию за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (в случае периода действия договора менее трех месяцев).

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

146. Счет на оплату медицинской помощи должен содержать следующие сведения:

1) номер и дату счета на оплату медицинской помощи;

2) наименование медицинской организации;

3) идентификационный номер налогоплательщика медицинской организации и код постановки на учет в налоговом органе в соответствии с ЕГРЮЛ;

4) период, за который выставлен счет на оплату медицинской помощи;

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

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

7) стоимость оказанной медицинской помощи.

147. Реестр счета должен содержать следующие сведения:

1) наименование медицинской организации;

2) идентификационный номер налогоплательщика медицинской организации и код постановки на учет в налоговом органе в соответствии с ЕГРЮЛ;

3) период, за который выставлен счет на оплату медицинской помощи;

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

счета;

5) сведения о застрахованном лице:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату и место рождения;

данные документа, удостоверяющего личность;

номер полиса;

6) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, включая:

вид оказанной медицинской помощи (код);

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

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

осложнение заболевания в соответствии с МКБ-10 (при наличии);

дату начала и дату окончания оказания медицинской помощи;

объемы оказанной медицинской помощи;

профиль оказанной медицинской помощи (код);

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

стоимость оказанной медицинской помощи;

результат обращения за медицинской помощью (код);

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

Комиссией;

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

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

149. В отношении лиц, не идентифицированных в период оказания медицинской помощи, медицинской организацией в территориальный фонд субъекта Российской Федерации, в реализации территориальной программы которого она участвует, представляется запрос об идентификации застрахованного лица, содержащее предполагаемые сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, место пребывания, сведения о документе, удостоверяющем личность).

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

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

151. С учетом представленных медицинской организации счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи территориальный фонд осуществляет проведение медико-экономического контроля, по итогам которого не позднее 10 рабочего дня месяца, следующего за отчетным месяцем:

направляет счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи, 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, установленным в соответствии с частью 1 статьи 40 Федерального закона (далее - порядок организации и проведения контроля), и оплаты оказанной медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

осуществляет оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, с учетом результатов контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

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

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

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

$$H = PT \times K_{\text{но}}$$

где:

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

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

$K_{\text{но}}$  - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

Значения коэффициента для определения размера неполной оплаты медицинской помощи приведены в приложении N 5 к настоящим Правилам.

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

155. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ( $C_{\text{шп}}$ ), рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{шп}} = \text{РП} \times K_{\text{шп}}$$

где:

$C_{шт}$  - размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП - установленный тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи 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, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, или подушевой норматив финансирования;

$K_{шт}$  - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведены в приложении N 5 к настоящим Правилам.

156. При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного территориальным фондом медико-экономического контроля медицинская организация вправе доработать и представить в территориальный фонд отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее семи рабочих дней с даты получения соответствующего заключения по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи, за исключением случая, указанного в абзаце втором настоящего пункта.

В случае принятия Комиссией решения об увеличении медицинской организации объемов предоставления медицинской помощи и (или) ее финансового обеспечения отклоненные ранее от оплаты счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи повторно представляются медицинской организацией в территориальный фонд в течение двадцати пяти рабочих дней со дня принятия решения Комиссии.

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

В случае превышения объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных медицинской организацией решением Комиссии, медицинская организация обязана обратиться в Комиссию с предложением о перераспределении объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи.

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

Размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и штрафов, исчисленных и установленных в соответствии с частью 2 статьи 41 Федерального закона,

устанавливаются в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона, в соответствии с пунктами 154 и 155 настоящих Правил.

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

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

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

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

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

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

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

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

оплате выставленных счетов на оплату медицинской помощи;

оплате пени за просрочку перечисления средств за оказанную медицинскую помощь;

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

оплате штрафов и возврату средств вследствие принятия к медицинской организации мер в



соответствии со статьей 41 Федерального закона, в том числе по результатам:

- медико-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;

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

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

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

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

- медико-экономического контроля;
- медико-экономической экспертизы;
- экспертизы качества медицинской помощи;

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

- медико-экономической экспертизы;
- экспертизы качества медицинской помощи;

7) сумму средств, удержанных страховой медицинской организацией:

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

- по результатам медико-экономического контроля;
- по результатам медико-экономической экспертизы;
- по результатам экспертизы качества медицинской помощи;

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

8) сумму средств, перечисленных медицинской организацией в страховую медицинскую организацию за отчетный месяц:

в связи с принятием к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона, в том числе по результатам:

- медико-экономического контроля;
- медико-экономической экспертизы;
- экспертизы качества медицинской помощи;

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

- медико-экономического контроля;
- медико-экономической экспертизы;
- экспертизы качества медицинской помощи;

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

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

10) сумму средств, перечисленных страховой медицинской организации в медицинскую

организации в отчетном месяце:

по заявке на авансирование;

по счетам на оплату медицинской помощи;

11) сумму начисленных пеней страховой медицинской организации за несвоевременное перечисление средств на:

авансирование оказание медицинской помощи;

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

12) сумму начисленных медицинской организации пеней за несвоевременный возврат средств по результатам принятия мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона;

13) сумму списанной задолженности медицинской организации в соответствии с решениями, принятыми в соответствии с законодательством Российской Федерации;

14) сумму перечисленных страховой медицинской организацией пеней за несвоевременное перечисление средств на оплату медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

15) сумму перечисленных медицинской организацией пеней за несвоевременный возврат средств по результатам принятия мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона;

16) сумму задолженности страховой медицинской организации на конец отчетного периода по оплате:

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

пени за просрочку перечисления средств за оказанную медицинскую помощь;

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

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

медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

средствам авансирования медицинской помощи, не обеспеченным выставленными счетами на оплату медицинской помощи с учетом контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

оплате пеней за просрочку оплаты штрафов и возврата средств вследствие принятия к медицинской организации мер в соответствии со статьей 41 Федерального закона.

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

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, заключаемом в соответствии со статьей 30 Федерального закона, другого субъекта Российской Федерации для данной медицинской организации.

## **Х. Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования**

164. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором им выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой, не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты представления медицинской организацией счета и реестра на оплату указанной медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

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

Территориальный фонд субъекта Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи принимает меры по исключению оплаты за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором им выданы полисы обязательного страхования (далее - за пределами территории страхования), непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве.

165. Территориальные фонды осуществляют расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории страхования, в объеме, установленном базовой программой (далее - межтерриториальные расчеты), за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда.

166. При осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории страхования, информационный обмен осуществляется в электронном виде в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, определяемыми Федеральным фондом в соответствии с пунктом 8 части 8 статьи 33 Федерального закона (далее - порядок информационного взаимодействия).

167. При отсутствии технической возможности осуществления информационного обмена, указанного в пункте 11 настоящих Правил, в электронном виде, подтвержденной Федеральным фондом, обмен осуществляется в форме документа на бумажном носителе, с внесением в государственную информационную систему обязательного медицинского страхования сведений, направленных в форме документа на бумажном носителе не позднее трех рабочих дней со дня размещения Федеральным фондом на официальном сайте Федерального фонда информации об обеспечении технической возможности осуществления обмена в электронном виде.

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

169. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи в течение 10 рабочих дней со дня представления медицинской организацией счета и реестра счета на оплату медицинской помощи проводит медико-экономический контроль предъявленного медицинской

организацией счета и реестра счета и при отсутствии дефектов и нарушений, предусмотренных порядком организации и проведения контроля (далее - причины), требующих отклонения счета и реестра счета на оплату медицинской помощи, осуществляет включение счета и реестра счета на оплату медицинской помощи в счет по межтерриториальным расчетам, формируемый в соответствии с пунктом 174 настоящих Правил, и направление его с приложением счета и реестра счета на оплату медицинской помощи в территориальный фонд по месту страхования.

В случае обнаружение после проведения медико-экономического контроля причин, требующих дополнительного рассмотрения реестра счета на оплату медицинской помощи посредством проведения медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, ее (их) проведение осуществляется в соответствии с порядком организации и проведения контроля.

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

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

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

Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи осуществляет направление сведений о результатах проведения медико-экономической экспертизы и /или экспертизы качества медицинской помощи медицинской организации и в территориальный фонд по месту страхования.

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

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

173. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи медицинской организацией в соответствии с

договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля.

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

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

номер и дату счета;

наименование территориального фонда по месту оказания медицинской помощи;

наименование территориального фонда по месту страхования;

сумму, подлежащую оплате;

сумму средств по выставленным счетам на оплату медицинской помощи;

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

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

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

175. Не подлежит оплате по межтерриториальным расчетам оказание медицинской помощи, не предусмотренной к оказанию в рамках базовой программы.

В случае, если медицинская организация участвует в реализации территориальных программ нескольких субъектов Российской Федерации, выставление счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, полис обязательного медицинского страхования которым выдан в данных субъектах Российской Федерации, допускается только в территориальный фонд соответствующего субъекта Российской Федерации в рамках объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных медицинской организации решением Комиссии.

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

177. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи и территориальный фонд по месту страхования ежеквартально проводят сверку расчетов по счетам по межтерриториальным расчетам с оформлением акта сверки счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории страхования (далее - акт сверки по межтерриториальным расчетам).

Акт сверки по межтерриториальным расчетам должен содержать следующие сведения:

1) сальдо на начало отчетного периода;

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

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

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

5) сальдо на конец отчетного периода.

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

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

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

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

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

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

оплате выставленных счетов на оплату медицинской помощи;

оплате пени за просрочку перечисления средств за оказанную медицинскую помощь;

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

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

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

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

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

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

медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

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

результатам:

медико-экономической экспертизы;  
экспертизы качества медицинской помощи;

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

медико-экономического контроля;  
медико-экономической экспертизы;  
экспертизы качества медицинской помощи;

7) сумму средств, перечисленных медицинской организацией в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи за отчетный месяц:

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

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

медико-экономической экспертизы;  
экспертизы качества медицинской помощи;

8) сумму средств, перечисленных территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи в медицинскую организацию в отчетном месяце по счетам на оплату медицинской помощи;

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

10) сумму начисленного медицинской организации пени за несвоевременный возврат средств по итогам принятия мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона;

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

12) сумму перечисленного медицинской организацией пени за несвоевременный возврат средств по итогам принятия мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона;

13) сумму задолженности территориального фонда по месту оказания медицинской помощи на конец отчетного периода по:

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

оплате пени за просрочку перечисления средств за оказанную медицинскую помощь;

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

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

медико-экономической экспертизы;  
экспертизы качества медицинской помощи;

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

180. Акт, указанный в пункте 179 настоящих Правил, подписывается руководителем и главным бухгалтером территориального фонда по месту оказания медицинской помощи (или иным должностным лицом, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета), руководителем и главным бухгалтером медицинской организации (или иным должностным лицом, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета) и при формировании акта в форме документа на бумажном носителе - заверяется печатями территориального фонда по месту оказания медицинской помощи и медицинской организации (при наличии)."

5. В абзаце пятом подпункта 2 пункта 183 после слов "не более 1/12 от" дополнить словом

"Годового".

6. Дополнить [главой XII.I](#) следующего содержания:

### **"XII.I. Методика расчета объемов финансового обеспечения медицинской помощи**

209.1. Объем финансового обеспечения медицинской помощи рассчитывается на основании объемов предоставления медицинской помощи, распределенных медицинской организации (филиалу/представительству медицинской организации) решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии со статьей 30 Федерального закона, и (или) объемов предоставления медицинской помощи, распределенных (перераспределенных) в порядке, установленном Правительством Российской Федерации в соответствии с частью 3<sup>2</sup> статьи 35 Федерального закона, по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с частью 3<sup>1</sup> статьи 30 Федерального закона (далее при совместном упоминании - распределение объемов медицинской помощи, тарифы на оплату медицинской помощи).

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

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

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

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

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



помощи.

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

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

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

209.5. Объем финансового обеспечения медицинской помощи по условиям оказания и способу оплаты медицинской помощи, профилю и виду медицинской помощи, наименованию медицинской услуги рассчитывается как произведение объема предоставления соответствующей медицинской помощи, распределенного медицинской организации, на установленный в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии со статьей 30 Федерального закона, или порядке, предусмотренном частью 3<sup>1</sup> статьи 30 Федерального закона, соответствующий условиям оказания и способу оплаты медицинской помощи, профилю и виду медицинской помощи, наименованию медицинской услуги и данной медицинской организации тариф на оплату медицинской помощи (подушевой норматив финансирования).

209.6. При расчете объемов финансового обеспечения медицинской помощи тарифы на оплату медицинской помощи (подушевые нормативы финансирования), установленные в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии со статьей 30 Федерального закона, или порядке, предусмотренном частью 3<sup>1</sup> статьи 30 Федерального закона, применяются с учетом следующих особенностей:

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

б) при определении тарифов на оплату медицинской помощи:

принимаются установленные для данной медицинской организации (филиалу/представительству медицинской организации) в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии со статьей 30 Федерального закона или порядке, предусмотренном частью 3<sup>1</sup> статьи 30 Федерального закона, значения коэффициентов уровня оказания медицинской помощи, специфики оказания медицинской помощи, дифференциации;

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

Российской Федерации (по медицинским организациям, осуществляющим оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона).".

7. В [приложении N 1](#) к Правилам:

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

б) [пункт 8](#) изложить в следующей редакции:

"8. Распределение и перераспределение объемов медицинской помощи осуществляется:

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

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

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

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

в) дополнить [пунктом 8.1](#) следующего содержания:

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

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

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

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

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

г) в [пункте 9](#):

в [абзаце первом](#) слово "корректировке" заменить словом "перераспределении";

в [абзаце девятом](#) слова "подпунктами 19 и 23 пункта 104" заменить словами "подпунктом 18 пункта 105";

д) в [абзаце девятом пункта 11](#) слова "между страховыми медицинскими организациями и" исключить;

е) в [пункте 12](#):

слова "оперативной корректировки" заменить словами "оперативного перераспределения";  
 после слов "объемов предоставления" дополнить словами "и финансового обеспечения";  
 слова "между страховыми медицинскими организациями и" исключить;  
 ж) пункт 14 изложить в следующей редакции:

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

8. Дополнить [приложением N 5](#) следующего содержания:

ГАРАНТ:

О направлении разъяснений в целях реализации мероприятий по контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС см. [письмо](#) Минздрава России от 16 июня 2021 г. N 11-8/И/2-9185 и ФФОМС от 11 июня 2021 г. N 00-10-30-4-04/324

**"Приложение N 5  
 к Правилам обязательного медицинского  
 страхования, утвержденным  
 приказом Министерства здравоохранения  
 Российской Федерации  
 от 28 февраля 2019 г. N 108н**

**Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат  
 медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за  
 неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего  
 качества**

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества
<b>Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля</b>			
1.1.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи	0	0,3

	впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.		
1.2.	Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.	0	1
1.3.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей.	1	0,3
1.4.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
1.4.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1	0
1.4.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1	0
1.4.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;	1	0
1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1	0
1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1	0
1.4.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;	1	0
1.5.	Введение в реестр счетов недостоверных	1	0

	персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе);		
1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в программу обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.4.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности.	1	0
1.7.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:		
1.7.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	1	0
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1	0
1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований:		

1.8.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1	0
1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	1	0
1.8.3.	предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов).	1	0
1.9.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи.	1	0
1.10.	Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:		
1.10.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1	0
1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1	0
1.10.3.	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1	0
1.10.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию.	1	0
1.10.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме);	1	0

1.10.6.	включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1	0
<b>Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы</b>			
2.1.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;	0	0,3
2.2.	Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи.	1	3
2.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:		
2.3.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0	1
2.3.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;	0	2
2.3.3	приведший к летальному исходу.	0	3
2.4.	Несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения застрахованного лица, которому по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение	0	0,3
2.5.	Не проведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе:		
2.5.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0	1
2.5.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);	0	2
2.5.3.	приведший к летальному исходу (за	0	3

	исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения).		
2.6.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (по факту выявления, с учетом информации лицензирующих органов).	1	0
2.7.	Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией).	1	0,3
2.8.	Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях).	1	0,3
2.9.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования.	0	1
2.10.	Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших	0,5	0,5



	лекарственных препаратов <sup>1</sup> , и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека <sup>2</sup> , на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и/или использование медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях).		
2.11.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.	0	0,6
2.12.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин в течение 5 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда или территориального фонда или страховой медицинской организации.	1	0
2.13.	Отсутствие в документации (не соблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях <sup>3</sup> .	0,1	0
2.14.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и/или учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы).	0,5	0

2.15.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней).	1	0
2.16.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи выше тарифа, установленного тарифным соглашением;	0,1	0,3
2.16.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	1	1
2.17.	Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.	0	0,3
2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования.	0	0,3
<b>Раздел 3. Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи</b>			
3.1.	Установление неверного диагноза, связанное с отсутствием обоснования клинического диагноза в первичной медицинской документации или несоответствие результатов обследования клиническому диагнозу:		
3.1.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	0
3.1.2.	приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,3	0
3.1.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;	0,4	0,3
3.1.4.	приведшее к инвалидизации;	0,9	1
3.1.5.	приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов);	1	3

3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	0
3.2.2.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,4	0,3
3.2.3.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,9	1
3.2.4.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	1	3
3.2.5.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;	0,9	1
3.2.6.	по результатам проведенного диспансерного наблюдения	0,9	1
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья	0,5	0,6

	застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания.		
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	0,5	0,3
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация).	0,3	0
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1
3.7.	Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в течение суток в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций).	1	0,3
3.8.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки.	1	0,3

3.9.	Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов.	1	0,3
3.10.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований в связи с несоответствием оснащения медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации)	0,9	0,5
3.11.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	0,5	0
3.12.	Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача.	0	0,3
3.13.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи, связанные с риском для здоровья пациента.	0,5	0,6

"

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

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

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