

Порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

1. В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона¹ оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком, установленным настоящими Правилами.

2. Медицинская организация представляет в страховую медицинскую организацию счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов медицинской помощи, распределенных медицинской организации Комиссией.

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

3.1. В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих, размер целевых средств по заявке на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи страховой медицинской организации и средств по заявке на авансирование медицинской помощи медицинской организации определяется настоящими Правилами.

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

¹ Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

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

2) заявку на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь (далее - заявка на получение средств на оплату счетов) для проведения окончательного расчета с медицинскими организациями.

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

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

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

Заявка на получение средств на оплату счетов должна содержать следующие сведения:

1) наименование страховой медицинской организации;

- 2) наименование территориального фонда;
- 3) период, на который составляется заявка;
- 4) дату и номер договора о финансовом обеспечении;
- 5) численность застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации, определенная как среднее значение между количеством застрахованных на первое число отчетного месяца и первое число текущего месяца (далее - среднемесячная численность);
- 6) размер финансового обеспечения, утвержденный территориальным фондом по дифференцированным подушевым нормативам;
- 7) сумму средств, полученных по заявке на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи за отчетный месяц;
- 8) объем средств, необходимый для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц;
- 9) размер средств для оплаты медицинской помощи в пределах остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды (заполняется в случае недостатка средств, поступивших по дифференцированным подушевым нормативам);
- 10) дату составления заявки.

Заявка заверяется подписями руководителя и главного бухгалтера страховой медицинской организации (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета), и печатью страховой медицинской организации.

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

1) в течение пяти рабочих дней со дня получения заявки на авансирование, в размере, установленном договором о финансовом обеспечении;

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

5.1. В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, размер аванса, предоставляемого территориальным фондом страховым медицинским организациям на основании заявки на авансирование, может составлять до 100 процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние три месяца либо с периода начала действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (в случае периода действия договора менее трех месяцев).

Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций в соответствии с частью 2.1 статьи 15 Федерального закона, размер аванса, предоставляемого территориальным фондом страховым медицинским организациям, может составлять до 100 процентов размера финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи, распределенного страховой медицинской организации решением Комиссии в соответствии с частью 10 статьи 36 Федерального закона, в расчете на месяц.

При этом размер аванса не может быть больше размера финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи, распределенного страховой медицинской организации решением Комиссии в соответствии с частью 10 статьи 36 Федерального закона, в расчете на месяц.

6. 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.

В случае превышения в отчетном месяце суммы аванса, направленного страховой медицинской организацией в медицинскую организацию, над размером счета 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 уменьшению суммы, подлежащей перечислению в медицинскую организацию на основании счета на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со статьей 40 Федерального закона, или на сумму указанного превышения страховой медицинской организацией уменьшается сумма аванса медицинской организации.

7. Остаток целевых средств, возвращенный в территориальный фонд, может быть заявлен страховой медицинской организацией для оплаты медицинской помощи в последующие периоды в случае превышения для данной страховой медицинской организации в отчетном месяце фактического объема средств на оплату медицинской помощи над объемом средств для оплаты медицинской помощи, определенным с учетом дифференцированных подушевых нормативов. Средства, предназначенные на расходы на ведение дела, с указанных средств страховой медицинской организации не направляются.

При недостатке целевых средств, полученных по заявкам, для оплаты медицинской помощи средства предоставляются из нормированного страхового запаса территориального фонда в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом в соответствии с частью 6.4 статьи 26 Федерального закона.

Страховая медицинская организация обращается в территориальный фонд за предоставлением целевых средств, недостающих для оплаты медицинской

помощи, из нормированного страхового запаса территориального фонда не позднее трех рабочих дней с даты принятия от медицинских организаций счетов на оплату медицинской помощи с учетом результатов медико-экономического контроля, медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи, проводимых в соответствии с частью 2 статьи 40 Федерального закона.

Одновременно с обращением страховой медицинской организацией представляется 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;
- 2) задолженности медицинской организации перед страховой медицинской организацией на начало отчетного месяца;
- 3) сумме счетов, предъявленных медицинской организацией страховой медицинской организации к оплате за отчетный месяц;
- 4) 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 на авансирование оплаты медицинской помощи за отчетный месяц;
- 6) задолженности страховой медицинской организации перед медицинской организацией на конец отчетного месяца;
- 7) задолженности медицинской организации перед страховой медицинской организацией на конец отчетного месяца.

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

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

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

подтверждение достоверности отчета страховой медицинской организации об использовании целевых средств;

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

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

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

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.

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

9. 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.

10. Расчет объемов финансирования страховых медицинских организаций по дифференцированным подушевым нормативам осуществляется территориальным фондом ежемесячно и утверждается директором территориального фонда.

11. Ежемесячно, в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем, за который страховой медицинской организацией будет осуществляться оплата медицинской помощи (далее - отчетный месяц), территориальный фонд, исходя из среднемесячной численности застрахованных лиц с учетом их половозрастного состава в данной страховой медицинской организации и утвержденных дифференцированных подушевых нормативов, определяет и доводит до сведения страховых медицинских организаций объем средств для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц.

12. Предварительный объем финансирования каждой страховой медицинской организации (ФП) рассчитывается по формуле:

$$\text{ФП} = \sum D_i \times Ч_i,$$

где:

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

$Ч_i$ - среднемесячная численность застрахованных лиц в каждой страховой медицинской организации.

13. Общий предварительный объем финансирования страховых медицинских организаций (ОФП) рассчитывается по формуле:

$$\text{ОФП} = \sum_1^k \text{ФП},$$

где:

k - количество страховых медицинских организаций.

14. В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование страховых медицинских организаций в расчетном месяце рассчитывается поправочный коэффициент (КП) по формуле:

$$\text{КП} = С \times Ч \div \text{ОФП},$$

где:

$С$ - среднедушевой норматив финансирования страховых медицинских организаций;

Ч - среднемесячная численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации.

15. Фактический объем финансирования каждой страховой медицинской организации (ФФ) определяется с учетом поправочного коэффициента по формуле:

$$\text{ФФ} = \text{ФП} \times \text{КП}.$$

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

17. 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) наименовании территориального фонда;
- 2) наименовании страховой медицинской организации (филиала/представительства 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;

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

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

по дифференцированным подушевым нормативам;

из средств нормированного страхового запаса;

на ведение дела;

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

по дифференцированным подушевым нормативам;

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

из средств нормированного страхового запаса;

на ведение дела;

9) 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;

по результатам экспертизы качества медицинской помощи;

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

10) 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;

11) средствах, подлежащих перечислению в территориальный фонд в соответствии с пунктом 2 части 6.3 статьи 26 Федерального закона, в том числе:

по результатам медико-экономического контроля;

по результатам медико-экономической экспертизы;

по результатам экспертизы качества медицинской помощи;

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

12) перечисленных средствах в территориальный фонд в соответствии с пунктом 2 части 6.3 статьи 26 Федерального закона, в том числе:

по результатам медико-экономического контроля;

по результатам медико-экономической экспертизы;

по результатам экспертизы качества медицинской помощи;

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

13) средствах, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц;

14) общей сумме средств, принятой к оплате за оказанную медицинскую помощь в отчетный месяц, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи, в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии;

15) средствах, направленных на оплату медицинской помощи в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи;

16) 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;

17) остатке средств, возвращенном в территориальный фонд;

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

дифференцированным подушевым нормативам;

средствам нормированного страхового запаса;

средствам на ведение дела;

19) задолженности страховой медицинской организации перед территориальным фондом на конец отчетного месяца по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

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

целевых средствах;

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

собственных средствах.

Акт заверяется подписями руководителя и главного бухгалтера территориального фонда (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета), руководителя и главного бухгалтера страховой медицинской организации (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета) и печатями территориального фонда и страховой медицинской организации.

18. Страховая медицинская организация направляет средства на оплату медицинской помощи в медицинские организации в соответствии с договором

на оказание и оплату медицинской помощи, заключаемым с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы и которым решением Комиссии установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой.

19. Оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежит объем предоставления медицинской помощи, установленный на год с поквартальной разбивкой и обоснованной последующей корректировкой, осуществленной Комиссией, учитывающий:

1) количество застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, и показатели объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденные территориальной программой, с учетом показателей потребления медицинской помощи, видов медицинской помощи, условий предоставления медицинской помощи и врачебных специальностей;

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

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

договорах с медицинскими организациями, оказывающими только указанные услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности;

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

5) территориальную доступность медицинской помощи;

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

7) права застрахованного лица на выбор медицинской организации и врача;

8) изменение маршрутизации пациентов на период более одного месяца, в том числе по причине закрытия медицинских организаций (структурных подразделений), подтвержденное приказами (распоряжениями) органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья;

9) реорганизацию или изменение структуры медицинской организации (открытие новых отделений, введение новых специальностей врачей, увеличение коечного фонда);

10) осуществление нового вида медицинской деятельности, ранее не заявленного при формировании предложений по объемам предоставления медицинской помощи (с приложением копии лицензии на осуществление медицинской деятельности), и другие причины.

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 (обслуживаемых медицинской организацией) застрахованных лиц и подушевого норматива финансирования медицинской организации.

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

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

20. Территориальный фонд доводит тарифы на основе подушевого норматива финансирования медицинских организаций до страховых медицинских организаций.

При определении ежемесячного объема финансирования конкретной медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную

помощь в амбулаторных условиях и (или) скорую медицинскую помощь, страховые медицинские организации учитывают тарифы, установленные на основе подушевого норматива финансирования и на основе акта сверки численности застрахованных лиц по договору на оказание и оплату медицинской помощи:

- 1) численность прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи;
- 2) численность застрахованных лиц на территории обслуживания скорой медицинской помощи.

21. Медицинская организация ежемесячно формирует и направляет в страховую медицинскую организацию:

- 1) заявку на авансирование медицинской помощи, с указанием периода авансирования и суммы;
- 2) счет на оплату медицинской помощи и реестр счета.

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

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

- 1) наименование медицинской организации;
- 2) ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ;
- 3) период, за который выставлен счет;
- 4) номер позиции реестра;
- 5) сведения о застрахованном лице:
фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату и место рождения;

данные документа, удостоверяющего личность;

номер полиса;

б) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:

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);

занимаемая медицинским работником должность в организации, осуществляющей медицинскую деятельность (код);

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

стоимость оказанной медицинской помощи;

результат обращения за медицинской помощью (код);

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

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

При оплате амбулаторной медицинской помощи на основе подушевого норматива финансирования в реестр счета могут включаться дополнительные сведения в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, применяемыми в субъекте Российской Федерации.

В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, размер аванса, предоставляемого страховой медицинской организацией медицинским организациям на основании заявки на авансирование медицинской помощи, может составлять до 100 процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи (в случае периода действия договора менее трех месяцев).

Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, в соответствии с частью 2.1 статьи 15 Федерального закона, размер аванса, предоставляемого страховой медицинской организацией, может составлять до 100 процентов размера финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи, распределенного медицинской организации решением Комиссии в соответствии с частью 10 статьи 36 Федерального закона, в расчете на месяц.

При этом размер аванса не может быть больше размера финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи, распределенной медицинской организации решением Комиссии в соответствии с частью 10 статьи 36 Федерального закона, в расчете на месяц.

21.1. В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, медицинская организация направляет в территориальный фонд по месту

оказания медицинской помощи заявку на авансирование медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, с указанием периода авансирования и суммы, размер которой может составлять до 50 процентов от среднемесячного объема средств, направленных на оплату медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, за последние три месяца текущего финансового года.

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

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

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

24. С учетом представленных реестров счетов страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с порядком, установленным Федеральным фондом в

соответствии с частью 1 статьи 40 Федерального закона² (далее - порядок организации и проведения контроля).

25. 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.

26. 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 и порядком организации и проведения контроля.

27. Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{\text{шт}},$$

где:

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

$C_{\text{шт}}$ - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

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

² Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»

$$H = PT \times K_{HO},$$

где:

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

K_{HO} - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее - Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля:

Размер K_{HO}	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,1	3.1; 3.2.1; 4.2; 4.3
0,3	3.2.2; 3.5; 3.10
0,4	3.2.3
0,5	1.5; 3.4; 4.4
0,6	3.8
0,7	3.7
0,8	3.6
0,9	3.2.4; 3.12
1,0	1.4; 3.2.5; 4.1; 4.5; 4.6.2; раздел 5

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное

применение тарифа, требующего его замены (пункт 4.6.1 Перечня оснований), страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

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

$$C_{\text{шт}} = \text{РП} \times K_{\text{шт}},$$

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$$C_{\text{шт}} = \text{РП}_{\text{А базовый}} \times K_{\text{шт}},$$

где:

$\text{РП}_{\text{А базовый}}$ - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{\text{шт}}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

$$C_{\text{шт}} = \text{РП}_{\text{СМП базовый}} \times K_{\text{шт}},$$

где:

$РП_{СМП}$ базовый - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$К_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

3) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания:

$$C_{шт} = РП_{ПП} \text{ базовый} \times K_{шт},$$

где:

$РП_{ПП}$ базовый - подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$К_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

4) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

$$C_{шт} = РП_{СТ} \times K_{шт},$$

где:

$РП_{СТ}$ - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля

объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа.

Коэффициент для определения размера штрафа ($K_{шт}$) устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:

Размер $K_{шт}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,3	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6; 3.7; 4.6.1
0,5	1.5
1,0	1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.12; 4.1, 4.6.2
3,0	1.2.2; 1.3.2; 3.2.5

30. При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией медико-экономического контроля медицинская организация вправе доработать и представить в страховую медицинскую организацию отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения акта от страховой медицинской организации, сформированного по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи.

31. При превышении в отчетном месяце объема средств, направленных в медицинскую организацию в соответствии с заявкой на авансирование медицинской помощи, над суммой счета 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, за исключением случаев, установленных частью 6 статьи 38 Федерального закона, связанных с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту.

Медицинская организация и страховая медицинская организация ежемесячно анализируют предъявленные к оплате объемы оказанной медицинской помощи и финансовых средств и за два месяца отчетного квартала оценивают риск превышения объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенными медицинской организацией и страховой медицинской организацией на соответствующий квартал решением Комиссии.

В случае превышения объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенных медицинской организацией решением Комиссии на квартал, медицинская организация до окончания отчетного квартала и формирования реестров счетов обязана обратиться в Комиссию с предложением о перераспределении объемов медицинской помощи и финансовых средств.

Страховая медицинская организация в течение одного рабочего дня с даты принятия реестров счетов медицинской организации с учетом результатов медико-экономического контроля, при превышении объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенных медицинским организациям решением Комиссии на квартал, обязана обратиться в Комиссию с предложением о перераспределении медицинским организациям объемов медицинской помощи и финансовых средств.

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

медицинской помощи ненадлежащего качества, предусматриваются договором на оказание и оплату медицинской помощи.

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

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

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

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

Средства, возвращенные медицинскими организациями в территориальный фонд на основании актов повторной медико-экономической экспертизы или повторной экспертизы качества медицинской помощи, проведенных

территориальным фондом, не увеличивают стоимость территориальной программы.

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

35. 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.

36. Территориальный фонд направляет в страховые медицинские организации и медицинские организации средства нормированного страхового

запаса в порядке, установленном Федеральным фондом в соответствии с частью 6.4 статьи 26 Федерального закона³.

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

1) сумму задолженности по оплате медицинской помощи на начало отчетного месяца;

2) сумму задолженности по оплате медицинской организацией штрафов на начало отчетного месяца, в том числе по результатам:

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

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:

³ Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 227 «О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования»

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

б) сумму средств, удержанных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе:

по результатам медико-экономического контроля;

по результатам медико-экономической экспертизы;

по результатам экспертизы качества медицинской помощи;

7) сумму штрафов, полученных от медицинской организации 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, 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;

9) перечисленную сумму средств;

аванс за отчетный месяц;

окончательный расчет за предыдущий месяц;

10) сумму средств, возвращенных медицинской организацией;

11) задолженность по уплате медицинской организации штрафов на конец отчетного месяца, в том числе по результатам:

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи;

12) задолженность по оплате медицинской помощи на конец отчетного месяца.

Акт заверяется подписями руководителя и главного бухгалтера страховой медицинской организации (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета), руководителя и главного бухгалтера медицинской организации (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета) и печатями страховой медицинской организации и медицинской организации.

38. Территориальный фонд и медицинская организация, включенная в план мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования ежеквартально проводят сверку расчетов и составляют акт о финансовом обеспечении мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, приобретению медицинского оборудования, а также проведению ремонта медицинского оборудования⁴.

Акт сверки должен содержать сведения о/об:

- 1) наименовании территориального фонда;
- 2) наименовании медицинской организации;
- 3) периоде, за который производится сверка расчетов;
- 4) остатке целевых средств в медицинской организации на начало отчетного периода;

⁴ Постановление Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2016 г. № 332 «Об утверждении правил использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования»

5) объеме поступивших целевых средств из средств нормированного страхового запаса всего, в том числе для финансового обеспечения мероприятий по:

организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации;

приобретению медицинского оборудования;

проведению ремонта медицинского оборудования;

6) средствах, использованных для финансового обеспечения всего, в том числе для финансового обеспечения мероприятий по:

организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации;

приобретению медицинского оборудования;

проведению ремонта медицинского оборудования;

7) остатке целевых средств в медицинской организации на конец отчетного периода;

8) средствах, использованных не по целевому назначению, возвращенные в территориальный фонд.

Акт заверяется подписями руководителя и главного бухгалтера территориального фонда (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета), руководителя и главного бухгалтера медицинской организации (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета) и печатями территориального фонда и медицинской организации.

39. При отсутствии технической возможности обеспечения усиленной квалифицированной электронной подписи подлинность сведений, представленных в электронном виде, должна подтверждаться уведомлением на бумажном носителе, при этом уведомление должно содержать дату его

составления, способ представления реестра в электронном виде, дату предоставления в электронном виде, подпись, фамилию, имя, отчество (при наличии) исполнителя, должно быть заверено подписью директора территориального фонда и скреплено печатью территориального фонда.

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