

Зарегистрировано в Минюсте России 17 мая 2019 г. N 54643

## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ПРИКАЗ**  
**от 28 февраля 2019 г. N 108н**

### **ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

#### Список изменяющих документов

(в ред. Приказов Минздрава России от 09.04.2020 N 299н,  
от 25.09.2020 N 1024н, от 10.02.2021 N 65н, от 26.03.2021 N 254н,  
от 01.07.2021 N 696н, от 03.09.2021 N 908н, от 15.12.2021 N 1148н,  
от 21.02.2022 N 100н, от 13.12.2022 N 789н, от 04.09.2024 N 449н)

В соответствии с [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; 2013, N 16, ст. 1970; N 20, ст. 2477; N 22, ст. 2812; N 33, ст. 4386; N 45, ст. 5822; 2014, N 12, ст. 1296; N 26, ст. 3577; N 30, ст. 4307; N 37, ст. 4969; 2015, N 2, ст. 491; N 12, ст. 1763; N 23, ст. 3333; 2016, N 2, ст. 325; N 9, ст. 1268; N 27, ст. 4497; N 28, ст. 4741; N 34, ст. 5255; N 49, ст. 6922; 2017, N 7, ст. 1066; N 33, ст. 5202; N 37, ст. 5535; N 40, ст. 5864; N 52, ст. 8131; 2018, N 13, ст. 1805; N 18, ст. 2638; N 36, ст. 5634; N 41, ст. 6273; N 48, ст. 7431; N 50, ст. 7774; 2019, N 1, ст. 31; N 4, ст. 330), приказываю:

1. Утвердить [Правила](#) обязательного медицинского страхования согласно приложению.
2. Признать утратившими силу:

[приказ](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 г., регистрационный N 19998);

[приказ](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 августа 2011 г. N 897н "О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н "Об утверждении правил обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 августа 2011 г., регистрационный N 21609);

[приказ](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. N 1036н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н "Об утверждении Правил обязательного

---

медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2011 г., регистрационный N 22053);

[приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 марта 2013 г. N 160н "О внесении изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 мая 2013 г., регистрационный N 28480);

[приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г. N 396н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 сентября 2013 г., регистрационный N 30004);

[приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 ноября 2013 г. N 859ан "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 ноября 2013 г., регистрационный N 30489);

[приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2015 г. N 536н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 октября 2015 г., регистрационный N 39119);

[приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 марта 2016 г. N 192н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 мая 2016 г., регистрационный N 41969);

[пункт 1](#) приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 июня 2016 г. N 423н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н, и форму типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. N 1030н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 июля 2016 г., регистрационный N 42892);

[приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 сентября 2016 г. N 736н "О внесении изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 октября 2016 г., регистрационный N 43922);

[приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 октября 2016 г. N 803н

---

"О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н, с целью реализации положений Договора о Евразийском экономическом союзе, подписанного в г. Астане 29 мая 2014 года" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 декабря 2016 г., регистрационный N 44840);

[приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 января 2017 г. N 2н "О внесении изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 января 2017 г., регистрационный N 45459).

Министр  
В.И.СКВОРЦОВА

Приложение  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 28 февраля 2019 г. N 108н

## ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

### Список изменяющих документов

(в ред. Приказов Минздрава России от 09.04.2020 N 299н,  
от 25.09.2020 N 1024н, от 10.02.2021 N 65н, от 26.03.2021 N 254н,  
от 01.07.2021 N 696н, от 03.09.2021 N 908н, от 15.12.2021 N 1148н,  
от 21.02.2022 N 100н, от 13.12.2022 N 789н, от 04.09.2024 N 449н)

### I. Общие положения

1. Настоящие Правила обязательного медицинского страхования регулируют правоотношения субъектов и участников обязательного медицинского страхования при реализации Федерального [закона](#) от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" <1> (далее - Федеральный закон).  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

-----  
<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010 N 49, ст. 6422; 2021, N 50, ст. 8412.  
(сноска в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

2. Настоящие Правила устанавливают **порядок** подачи заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц, заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом и заявления о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе, единые **требования** к полису обязательного медицинского страхования, **порядок** выдачи полиса обязательного медицинского страхования застрахованному лицу, **порядок** приостановления действия полиса обязательного медицинского страхования и признание полиса обязательного медицинского страхования недействительным, **порядок** ведения реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, **порядок** ведения единого реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования (далее - территориальные программы), **порядок** направления территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее - территориальный фонд) сведений о принятом решении об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, **порядок** оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, **порядок** осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, **порядок** утверждения для страховых медицинских организаций дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования, **методику** расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, **методику** расчета объемов финансового обеспечения медицинской помощи, **порядок** оказания видов медицинской помощи, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, застрахованным лицам за счет средств обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, созданных в соответствии с законодательством Российской Федерации и находящихся за пределами территории Российской Федерации, **требования** к размещению страховыми медицинскими организациями информации, **порядок** информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи, положение о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) согласно **приложению N 1** к настоящим Правилам.

(в ред. Приказов Минздрава России от 10.02.2021 N 65н, от 26.03.2021 N 254н, от 13.12.2022 N 789н)

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

(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

---

подачи заявления в порядке, установленном настоящей главой.

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

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

6. Форма заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации содержится в [приложении N 6](#) к настоящим Правилам <2>.

-----

<2> [Часть 5 статьи 16](#) Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010 N 49, ст. 6422; 2021, N 50, ст. 8412).

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

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 04.09.2024 N 449н)

-----

<3> [Постановление](#) Правительства Российской Федерации от 11 июня 2021 г. N 901 "Об утверждении Правил функционирования государственной информационной системы обязательного медицинского страхования и внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, N 25, ст. 4814; 2022, N 12, 1852).

---

1) о застрахованном по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с Федеральным [законом](#) лице:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

место рождения;

гражданство;

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

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

место жительства (на основании регистрации);

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

дату регистрации;

категорию застрахованного лица;

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

фамилию, имя, отчество (при наличии);

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

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

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

реквизиты документа, удостоверяющего личность;

статус представителя;

---

---

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

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

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

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

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

3) наименование страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом;

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

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

6) о согласии на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (для лиц, не достигших возраста, установленного [частью 2 статьи 54](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" <4> (далее - Федеральный закон N 323-ФЗ), и граждан, признанных недееспособными, - согласие представителя в случае подачи им заявления);

-----

<4> Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165.

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

адрес электронной почты (при наличии);

телефон (мобильный и/или стационарный);

почтовый адрес;

---

---

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

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

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

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

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

2) электронного документа, направляемого через официальный сайт территориального фонда в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - официальный сайт) (при условии прохождения застрахованным лицом или законным представителем процедуры идентификации и аутентификации в соответствии с законодательством Российской Федерации [<5>](#)) или Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) [<5.1>](#).

-----

[<5> Постановление](#) Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. N 977 "О федеральной государственной информационной системе "Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 49, ст. 7284; 2022, N 21, ст. 3453).

[<5.1> Положение](#) о федеральной государственной информационной системе "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)", утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 24 октября 2011 г. N 861 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 44, ст. 6274; 2022, N 35, ст. 6081).

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

---

<5.2> **Постановление** Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2021 г. N 2152 "Об утверждении Правил создания и использования сертификата ключа проверки усиленной неквалифицированной электронной подписи в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, N 50, ст. 8545; 2022, N 42, ст. 7173).

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

11. При подаче заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц на бумажном носителе заявления заверяются подписью представителя страховой медицинской организации (иной организации), уполномоченного руководителем страховой медицинской организации (иной организации) на прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации, а также печатью страховой медицинской организации (иной организации), при наличии печати.

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

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

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

---

<5.3> **Основы** законодательства Российской Федерации о нотариате от 11 февраля 1993 г. N 4462-1 (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 10, ст. 357; Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, N 29, ст. 5306).

---

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

свидетельство о рождении;

СНИЛС (при наличии);

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

документ, удостоверяющий личность;

СНИЛС (при наличии);

3) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным [законом](#) от 19 февраля 1993 г. N 4528-1 "О беженцах" <5.4> (далее - Федеральный закон "О беженцах"), - удостоверение беженца, или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в федеральный орган исполнительной власти в сфере внутренних дел, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации;

-----  
<5.4> Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 12, ст. 425; Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, N 29, ст. 5309.

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

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

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

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

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

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

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

---

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

СНИЛС (при наличии);

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

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

-----

<5.5> [Статья 10](#) Федерального закона от 25 июля 2002 г. N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 30, ст. 3032; 2021, N 9, ст. 1469) (далее - Федеральный закон N 115-ФЗ).

СНИЛС (при наличии);

8) для представителя:

документ, удостоверяющий личность;

СНИЛС (при наличии);

полис (при наличии);

доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленная в соответствии со [статьей 185](#) Гражданского кодекса Российской Федерации <5.6>;

-----

<5.6> Собрание законодательства Российской Федерации, 1994, N 32, ст. 3301; 2013, N 19, ст. 2327.

9) для законного представителя:

документ, удостоверяющий личность;

документ, удостоверяющий статус законного представителя;

СНИЛС (при наличии);

полис (при наличии).

---

---

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

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

реквизиты записи акта о рождении;

серия и номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность законного представителя;

СНИЛС (при наличии);

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

серия и номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность;

СНИЛС (при наличии);

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

серия и номер документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

гражданство;

номер и дата принятия решения о выдаче вида на жительство;

СНИЛС (при наличии);

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

серия и номер документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

гражданство;

номер и дата принятия решения о разрешении на временное проживание;

СНИЛС (при наличии).

16. Временно пребывающие на территории Российской Федерации в соответствии с [договором](#) о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г. <5.7> (далее соответственно - договор о ЕАЭС, ЕАЭС), трудящиеся иностранные граждане государств - членов ЕАЭС (далее - трудящийся государства - члена ЕАЭС), а также работающие на территории Российской Федерации члены Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее - члены коллегии Комиссии), должностные лица (граждане государств - членов ЕАЭС, назначенные на должности директоров департаментов Евразийской экономической комиссии и заместителей директоров департаментов указанной комиссии), сотрудники органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации (граждане государств - членов ЕАЭС, не являющиеся должностными лицами, на основе заключаемых с ними трудовых договоров (контрактов) (далее

---

соответственно - член коллегии Комиссии, должностное лицо, сотрудник органа ЕАЭС), имеют право на выбор или замену страховой медицинской организации и на включение в единый регистр застрахованных лиц путем подачи заявления в порядке, установленном настоящей главой.

-----

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

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

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

место рождения;

гражданство;

СНИЛС (при наличии).

В качестве реквизитов документа, удостоверяющего личность, указываются:

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

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

сведения о месте пребывания с указанием срока пребывания;

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

категорию застрахованного лица в соответствии с положениями [договора](#) о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств - членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование;

контактную информацию в соответствии с [подпунктом 7 пункта 7](#) настоящих Правил.

---

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

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

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

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

СНИЛС (при наличии);

трудовой договор трудящегося государства - члена ЕАЭС;

отрывная часть бланка уведомления о прибытии иностранного гражданина или лица без гражданства в место пребывания <5.8> или ее копия с указанием места и срока пребывания;

-----

<5.8> [Приказ](#) Министерства внутренних дел Российской Федерации от 10 декабря 2020 г. N 856 "Об утверждении Административного регламента Министерства внутренних дел Российской Федерации по предоставлению государственной услуги по осуществлению миграционного учета иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации, форм заявления иностранного гражданина или лица без гражданства о регистрации по месту жительства, заявления о снятии иностранного гражданина или лица без гражданства с регистрации по месту жительства, уведомления о прибытии иностранного гражданина или лица без гражданства в место пребывания, отметок о регистрации (снятии с регистрации) иностранного гражданина или лица без гражданства по месту жительства, отметок о подтверждении выполнения принимающей стороной и иностранным гражданином или лицом без гражданства действий, необходимых для его постановки на учет по месту пребывания, проставляемых, в том числе, многофункциональным центром предоставления государственных и муниципальных услуг" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 февраля 2021 г., регистрационный N 62483).

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

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

---

СНИЛС (при наличии);

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

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

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

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

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

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

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

---

---

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

26. В соответствии с [частью 3 статьи 49.1](#) Федерального закона граждане Российской Федерации, указанные в [части 1 статьи 49.1](#) Федерального закона (за исключением проходящих военную службу по призыву), обязаны сообщить о необходимости приостановления действия их полиса, а также сдать полис на материальном носителе (при наличии) или сообщить о его утрате путем подачи заявления о сдаче (утрате) полиса на материальном носителе или заявления о приостановлении действия полиса (бланки заявлений размещаются в соответствии с форматами информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, которые опубликовываются на официальном сайте Федерального фонда в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет") одним из способов, выбранным застрахованным лицом:

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

посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций).

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

1) о застрахованном лице:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

место рождения;

гражданство;

СНИЛС (при наличии);

реквизиты документа, удостоверяющего личность;

контактную информацию;

2) о представителе:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

---

дату рождения;

гражданство;

реквизиты документа, удостоверяющего личность;

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

контактную информацию;

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

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

документ, удостоверяющий личность;

СНИЛС (при наличии);

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

Представитель предъявляет:

документ, удостоверяющий личность;

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

### III. Единые требования к полису обязательного медицинского страхования

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

28. Полис представляет собой уникальную последовательность символов в машиночитаемом виде, которая присваивается сведениям о застрахованном лице в едином регистре застрахованных лиц при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах <5.9>.

-----

<5.9> [Часть 2 статьи 45](#) Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2021, N 50, ст. 8412).

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

---

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

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

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

фамилию, имя, отчество (при наличии);

дату рождения;

пол;

гражданство;

номер полиса (ЕНП);

срок действия полиса (при наличии);

штриховой код полиса;

реестровый номер страховой медицинской организации;

наименование страховой медицинской организации;

контактный номер телефона страховой медицинской организации;

субъект Российской Федерации, в котором выдан полис.

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

номер полиса;

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

срок действия полиса (при наличии);

тип штрихового кода (содержит "1");

электронная подпись организации, сформировавшей штриховой код.

34. На основании [постановления](#) Правительства Российской Федерации от 7 сентября 2022 г. N 1578 "О сроках одновременного использования единого федерального информационного регистра, содержащего сведения о населении Российской Федерации, и государственных информационных систем органов и организаций, указанных в статье 10 Федерального закона "О едином федеральном информационном регистре, содержащем сведения о населении Российской Федерации", при организации межведомственного информационного взаимодействия в целях предоставления государственных и муниципальных услуг и выполнения государственных и муниципальных функций в переходный период" <5.10> установлено, что в течение переходного периода, сроки которого установлены [частью 1 статьи 13](#) Федерального закона от 8 июня 2020 г. N 168-ФЗ "О едином федеральном информационном регистре, содержащем сведения о населении Российской Федерации" <5.11> (далее - Федеральный закон N 168-ФЗ), допускается одновременное использование единого федерального информационного регистра, содержащего сведения о населении Российской Федерации, и государственных информационных систем органов и организаций, указанных в [статье 10](#) Федерального закона N 168-ФЗ, при организации межведомственного информационного взаимодействия в целях предоставления государственных и муниципальных услуг и выполнения государственных и муниципальных функций.

-----  
<5.10> [Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, N 37, ст. 6369.](#)

<5.11> [Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, N 24, ст. 3742.](#)

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

1) в течение переходного периода, сроки которого установлены [частью 1 статьи 13](#) Федерального закона N 168-ФЗ, предъявляют полис на бланке либо выписку о полисе, а при наличии технической возможности однозначной идентификации застрахованного лица в едином регистре застрахованных лиц идентификация застрахованных лиц может осуществляться при предъявлении застрахованным лицом или представителем (в том числе законным представителем) документа, удостоверяющего личность застрахованного лица;

2) по истечении переходного периода, сроки которого установлены [частью 1 статьи 13](#) Федерального закона N 168-ФЗ, предъявляют по своему выбору полис на бланке, выписку о полисе, либо документ, удостоверяющий личность (для детей в возрасте до четырнадцати лет - свидетельство о рождении).

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

---

(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

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

2) получения сведений в рамках межведомственного информационного взаимодействия в соответствии с Федеральным [законом](#) в части:

составления записи акта о рождении ребенка;

приобретения лицом гражданства Российской Федерации;

получения иностранным гражданином, лицом без гражданства вида на жительство в Российской Федерации в соответствии с Федеральным [законом](#) N 115-ФЗ;

получения иностранным гражданином, лицом без гражданства разрешения на временное проживание в Российской Федерации в соответствии с Федеральным [законом](#) N 115-ФЗ;

признания лица беженцем в соответствии с Федеральным [законом](#) "О беженцах";

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

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

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

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

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

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

42. Временно пребывающим в Российской Федерации иностранным гражданам,

---

---

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

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

Полис, выданный лицам, указанным в [пунктах 38 - 42](#) настоящих Правил, признается недействительным в случаях, указанных в [части 2 статьи 49.1](#) Федерального закона.

44. Лица, указанные в [части 1.1 статьи 10](#) Федерального закона, включаются в единый регистр застрахованных лиц в случае уплаты за них страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в течение не менее трех лет суммарно в случае подтверждения их статуса работающего в соответствии с [частью 2.1 статьи 49](#) Федерального закона. При утрате статуса работающего в соответствии с требованиями [части 2 статьи 49.1](#) Федерального закона полис признается недействительным.

45. В день подачи застрахованным лицом или представителем (в том числе законным представителем) заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц страховая медицинская организация (иная организация), в которую были поданы указанные заявления, направляет информацию в территориальный фонд в соответствии с порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденным в соответствии со [статьей 33](#) Федерального закона (далее - порядок информационного взаимодействия).

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

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

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

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

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

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

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

50. Переоформление полиса осуществляется также в случаях:

1) изменения даты рождения и пола застрахованного лица;

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

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

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

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

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

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

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

55. В случае утраты полиса на бланке выдача дубликата не производится. Застрахованное

---

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

56. Не позднее одного рабочего дня, следующего за днем подачи заявлений, указанных в [пунктах 45, 48 и 51](#) настоящих Правил, территориальный фонд, получивший информацию от страховой медицинской организации, проводит форматно-логический контроль и осуществляет проверку в едином регистре застрахованных лиц на соответствие информации, включаемой в реестровые записи единого регистра застрахованных лиц, с иными сведениями единого регистра застрахованных лиц по:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

-----  
<5.12> [Постановление](#) Правительства Российской Федерации от 5 ноября 2022 г. N 1998 "Об утверждении Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, N 46, ст. 8009).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **V. Приостановление действия полиса обязательного медицинского страхования и признание полиса обязательного медицинского страхования недействительным**

76. В соответствии с частью 8 статьи 49 Федерального закона военные комиссариаты передают в территориальные фонды сведения о призванных на военную службу гражданах, предусмотренные пунктами 1 и 6 части 2 статьи 44 Федерального закона, и информацию о начале, сроке и окончании военной службы.

77. Территориальный фонд приостанавливает действие полиса лиц, застрахованных в субъекте Российской Федерации, на указанный срок военной службы со дня получения данных сведений территориальным фондом и обеспечивает отражение сведений, указанных в пункте 76 настоящих Правил, в едином регистре застрахованных лиц в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования <6> (далее - порядок ведения персонифицированного учета).

<6> [Постановление](#) Правительства Российской Федерации от 5 ноября 2022 г. N 1998 "Об утверждении Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, N 46, ст. 8009).  
(сноска в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

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

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

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

(п. 78 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

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

о лицах, гражданство Российской Федерации которых прекращено;

об иностранных гражданах, лицах без гражданства, в отношении которых аннулирован вид на жительство в соответствии с Федеральным [законом](#) N 115-ФЗ;

об иностранных гражданах, лицах без гражданства, в отношении которых аннулировано разрешение на временное проживание в соответствии с Федеральным [законом](#) N 115-ФЗ;

---

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

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

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

(п. 79 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

(п. 80 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

## **VI. Порядок ведения реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования**

81. Ведение реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации (далее - реестр страховых медицинских организаций), осуществляется в соответствии с [пунктом 14 части 7 статьи 34](#) Федерального закона территориальным фондом по форме согласно [приложению N 2](#) к настоящим Правилам.

82. Реестры страховых медицинских организаций субъектов Российской Федерации являются сегментами единого реестра страховых медицинских организаций.

Ведение единого реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Российской Федерации (далее - единый реестр страховых медицинских организаций), осуществляется Федеральным фондом в соответствии с [пунктом 9 части 8 статьи 33](#) Федерального закона.

83. Реестр страховых медицинских организаций содержит следующие сведения:

1) код субъекта Российской Федерации по [ОКАТО](#), в котором расположена страховая медицинская организация, в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по общероссийским классификаторам технико-экономической и социальной информации (далее - ОК ТЭИ);

2) код страховой медицинской организации в кодировке единого реестра страховых медицинских организаций (далее - реестровый номер);

3) код причины постановки на учет (далее - КПП), для филиалов (представительств) страховых медицинских организаций в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения;

---

- 
- 4) идентификационный номер налогоплательщика (далее - ИНН);
  - 5) государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (далее - ОГРН);
  - 6) полное и сокращенное (при наличии) наименования страховой медицинской организации (филиала/представительства) в соответствии с ЕГРЮЛ;
  - 7) об организационно-правовой форме и код организационно-правовой формы страховой медицинской организации в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ;
  - 8) головная организация (1), филиал (представительство) (2);
  - 9) место нахождения и адрес страховой медицинской организации;
  - 10) фактический адрес страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ;
  - 11) место нахождения и адрес филиала (представительства) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ;
  - 12) фамилию, имя, отчество (при наличии), телефон и факс руководителя, адрес электронной почты;
  - 13) фамилию, имя, отчество (при наличии), телефон и факс, адрес электронной почты руководителя филиала (представительства) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации;
  - 14) сведения о лицензии на осуществление страхования по виду деятельности - обязательное медицинское страхование (номер, дата выдачи и окончания срока действия);
  - 15) дату включения страховой медицинской организации в реестр страховых медицинских организаций;
  - 16) дату исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций;
  - 17) причину исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций;
  - 18) численность застрахованных лиц страховой медицинской организацией в субъекте Российской Федерации на дату подачи уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования (далее - уведомление).
84. Страховая медицинская организация направляет уведомление в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором страховая медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, на бумажном
-

---

носителе или в электронном виде. Уведомление на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи с соблюдением требований по технической защите конфиденциальной информации направляется через официальный сайт территориального фонда.

Уведомление должно содержать следующую информацию:

- 1) полное и сокращенное (при наличии) наименования страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ;
- 2) полное и сокращенное (при наличии) наименования филиала (представительства) страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ;
- 3) место нахождения и адрес страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ;
- 4) место нахождения и адрес филиала (представительства) страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ;
- 5) КПП (для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения);
- 6) индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) (для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения);
- 7) государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН);
- 8) организационно-правовая форма страховой медицинской организации и код организационно-правовой формы ([ОКОПФ](#)) в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ;
- 9) фамилию, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты;
- 10) фамилию, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя филиала (представительства), адрес электронной почты;
- 11) сведения о лицензии на осуществление страхования по виду деятельности - обязательное медицинское страхование (номер, дата выдачи, дата окончания действия);
- 12) численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на дату подачи уведомления;
- 13) сведения о возможности выполнения страховой медицинской организацией информационного сопровождения застрахованных лиц.

85. Территориальный фонд проверяет представленное страховой медицинской организацией уведомление на наличие сведений, предусмотренных [пунктом 84](#) настоящих Правил.

---

86. В случае направления уведомления в электронном виде страховая медицинская организация в течение семи рабочих дней с даты его направления представляет в территориальный фонд копии документов, заверенные подписью руководителя страховой медицинской организации и печатью страховой медицинской организации, подтверждающие сведения, указанные в [пункте 84](#) настоящих Правил:

1) выписка из ЕГРЮЛ;

2) свидетельство о постановке на учет в налоговом органе;

3) лицензия или выписка из реестра лицензий в отношении лицензии на осуществление страхования по виду деятельности - обязательное медицинское страхование; (в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

4) для филиалов (представительств) доверенность на руководителя, положение о филиале (представительстве), свидетельство о постановке на учет в налоговом органе по месту нахождения обособленного подразделения.

При представлении уведомления на бумажном носителе одновременно представляются копии данных документов (выписка из реестра лицензий в отношении лицензии на осуществление страхования по виду деятельности - обязательное медицинское страхование). (в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

87. В день получения документов согласно [пункту 86](#) настоящих Правил территориальный фонд осуществляет их проверку, в том числе на соответствие сведениям, предусмотренным [пунктом 84](#) настоящих Правил, при установлении соответствия вносит данную страховую медицинскую организацию в реестр страховых медицинских организаций с присвоением реестрового номера и размещает на своем официальном сайте сведения, предусмотренные [подпунктами 2, 3, 6, 9 - 14 пункта 83](#) настоящих Правил. Представитель страховой медицинской организации вправе присутствовать при проверке соответствия документов и сведений, указанных в уведомлении.

88. Присвоенный страховой медицинской организации реестровый номер территориальный фонд не позднее двух рабочих дней с даты присвоения направляет на указанный в уведомлении страховой медицинской организации адрес электронной почты.

89. При выявлении несоответствия сведений, представленных в уведомлении в соответствии с [пунктом 84](#) настоящих Правил, документам территориальный фонд уведомляет страховую медицинскую организацию о несоответствии.

Страховая медицинская организация вносит уточнения в уведомление с учетом срока, установленного [частью 10 статьи 14](#) Федерального закона.

90. В случае изменения сведений о страховой медицинской организации, предусмотренных [подпунктами 3, 4, 6, 9 - 11 пункта 83](#) настоящих Правил, страховая медицинская организация в течение двух рабочих дней с даты этих изменений направляет в территориальный фонд в письменной форме новые сведения для актуализации реестра страховых медицинских организаций, с представлением документов, подтверждающих изменения.

---

---

В случае изменения сведений о страховой медицинской организации, содержащихся в реестре страховых медицинских организаций субъекта Российской Федерации, в результате реорганизации страховой медицинской организации в форме преобразования, а также в форме присоединения к страховой медицинской организации, не включенной в реестр страховых медицинских организаций субъекта Российской Федерации, реорганизованная страховая медицинская организация в течение двух рабочих дней с даты этих изменений направляет в территориальный фонд в письменной форме сведения, необходимые для внесения в реестр страховых медицинских организаций, а также копии документов, подтверждающих такие сведения.

91. Внесение изменений в сведения, содержащиеся в реестре страховых медицинских организаций, осуществляется территориальным фондом в течение пяти рабочих дней со дня представления страховыми медицинскими организациями сведений и документов, подтверждающих эти сведения.

92. Исключение страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций осуществляется в случаях приостановления либо прекращения действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации, по уведомлению о досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении, непредставления документов в срок, установленный [частью 10 статьи 14](#) Федерального закона.

93. Уведомление о досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении в соответствии с [частью 15 статьи 38](#) Федерального закона направляется страховой медицинской организацией в территориальный фонд за три месяца до даты расторжения договора о финансовом обеспечении.

94. Исключение из реестра страховых медицинских организаций в случаях приостановления либо прекращения действия лицензии или ликвидации страховой медицинской организации осуществляется в день получения территориальным фондом сведений, подтверждающих данную информацию, или на установленную [частью 10 статьи 14](#) Федерального закона дату при непредставлении страховой медицинской организацией документов в срок.

95. Исключение из реестра страховых медицинских организаций на основании уведомления, направляемого страховой медицинской организации территориальным фондом, осуществляется не позднее следующего рабочего дня после дня расторжения договора о финансовом обеспечении.

96. Федеральный фонд обеспечивает размещение на своем официальном сайте единого реестра страховых медицинских организаций с указанием сведений, перечисленных в [подпунктах 2, 3, 6, 9 - 15 пункта 83](#) настоящих Правил.

97. Территориальный фонд обеспечивает представление в Федеральный фонд изменений, внесенных в реестр страховых медицинских организаций, в день внесения данных изменений и размещение на своем официальном сайте реестра страховых медицинских организаций.

98. Федеральный фонд в соответствии с [пунктами 3 и 6 части 2 статьи 7](#) Федерального закона обеспечивает контроль за соблюдением порядка включения (исключения) страховых медицинских организаций в реестр страховых медицинских организаций и в целях ведения единого реестра страховых медицинских организаций осуществляет проверку ведения территориальным фондом

---

---

реестра страховых медицинских организаций субъекта Российской Федерации, в том числе установленного настоящей главой порядка включения (исключения) страховых медицинских организаций в (из) реестр(а) страховых медицинских организаций, в рамках контроля за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием средств обязательного медицинского страхования, в том числе проводит проверки и ревизии <8>.

-----

<8> [Приказ](#) Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 декабря 2013 г. N 260 "Об утверждении Порядка осуществления Федеральным фондом обязательного медицинского страхования контроля за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием средств обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 февраля 2014 г., регистрационный N 31336).

**VII. Порядок ведения единого реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования**

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 10.02.2021 N 65н)

99. Единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее - единый реестр медицинских организаций), в соответствии с [частью 1 статьи 15](#) Федерального закона включает в себя сведения о медицинских организациях, функции и полномочия учредителя в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, оказывающих медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с [пунктом 11 статьи 5](#) Федерального закона, и реестры медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования (далее - реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования).

100. Ведение единого реестра медицинских организаций в соответствии с [пунктом 10 части 8 статьи 33](#) Федерального закона осуществляется Федеральным фондом по форме согласно [приложению N 3](#) к настоящим Правилам в электронном виде в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования путем формирования и внесения изменений в записи единого реестра медицинских организаций.

101. Ведение реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с [пунктом 14 части 7 статьи 34](#) Федерального закона осуществляется территориальным фондом по форме согласно [приложению N 4](#) к настоящим Правилам в электронном виде в государственной информационной системе

---

обязательного медицинского страхования путем формирования и внесения изменений в записи реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

102. Единый реестр медицинских организаций и реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, ведутся на русском языке.

103. Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, содержит следующие сведения о медицинской организации (индивидуальном предпринимателе, осуществляющем медицинскую деятельность), осуществляющей деятельность по территориальной программе субъекта Российской Федерации на соответствующий финансовый год:

1) уникальный номер записи реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, на соответствующий финансовый год по медицинской организации;

2) код медицинской организации (уникальный номер записи единого реестра медицинских организаций, в которой содержатся сведения о медицинской организации) (далее - реестровый номер медицинской организации);

3) код территории субъекта Российской Федерации в соответствии с [Общероссийским классификатором](#) территорий муниципальных образований (ОКТМО), в реализации территориальной программы которого участвует медицинская организация;

4) полное и сокращенное (при наличии) наименования медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ;

фамилию, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии со сведениями Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей (далее - ЕГРИП);

5) ИНН медицинской организации (индивидуального предпринимателя) в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

6) КПП медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

7) ОГРН медицинской организации;

8) код организационно-правовой формы медицинской организации в соответствии с [Общероссийским классификатором](#) организационно-правовых форм (ОКОПФ);

9) код формы собственности медицинской организации в соответствии с [Общероссийским классификатором](#) форм собственности (ОКФС);

10) сведения об учредителе (учредителях) медицинской организации, являющейся государственным (муниципальным) учреждением:

---

---

полное и сокращенное (при наличии) наименования учредителя медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ;

ИНН учредителя медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

КПП учредителя медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

наименование публично-правового образования, от имени которого действует учредитель медицинской организации;

код территории публично-правового образования, от имени которого действует учредитель медицинской организации, в соответствии с Общероссийским классификатором территорий муниципальных образований (ОКТМО);

11) вид медицинской организации в соответствии с номенклатурой медицинских организаций, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2013 г. N 529н "Об утверждении номенклатуры медицинских организаций" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 сентября 2013 г., регистрационный N 29950), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 августа 2019 г. N 615н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 октября 2019 г., регистрационный N 56107) и от 19 февраля 2020 г. N 106н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 марта 2020 г., регистрационный N 57825) (далее - номенклатура медицинских организаций);

12) адрес медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации;

адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке (для индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность);

уникальный номер адреса медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации, адреса, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке в государственном адресном реестре;

13) адрес электронной почты, номер телефона медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность);

14) фамилию, имя, отчество (при наличии) руководителя и иных лиц медицинской организации, имеющих право действовать от имени медицинской организации без доверенности (для медицинской организации);

15) банковские реквизиты медицинской организации;

16) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности:

наименование лицензирующего органа;

---

---

адреса мест осуществления медицинской деятельности;

оказываемые медицинские услуги (выполняемые работы);

номер и дата регистрации лицензии на осуществление медицинской деятельности;

17) сведения об обособленных структурных подразделениях медицинской организации, осуществляющих деятельность по реализации территориальной программы субъекта Российской Федерации:

полное наименование обособленного структурного подразделения медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ;

код обособленного структурного подразделения медицинской организации (уникальный номер записи единого реестра медицинских организаций, содержащий сведения об обособленном структурном подразделении медицинской организации (далее - реестровый номер обособленного структурного подразделения медицинской организации));

вид обособленного структурного подразделения медицинской организации в соответствии с [номенклатурой](#) медицинских организаций;

адрес обособленного структурного подразделения медицинской организации в пределах места нахождения обособленного структурного подразделения медицинской организации;

уникальный номер адреса обособленного структурного подразделения медицинской организации в пределах места нахождения обособленного структурного подразделения медицинской организации в государственном адресном реестре;

адрес электронной почты, номер телефона обособленного структурного подразделения медицинской организации;

фамилию, имя, отчество (при наличии) руководителя обособленного структурного подразделения медицинской организации;

банковские реквизиты обособленного структурного подразделения медицинской организации (при наличии);

18) сведения об адресах оказания медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации, расположенных по данным адресам обособленных структурных подразделениях медицинской организации и (или) наименованиях структурных подразделений медицинской организации, расположенных по данным адресам (при наличии), уникальные номера адресов оказания медицинской помощи в государственном адресном реестре;

19) мощность коечного фонда медицинской организации и количество врачей, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи, в разрезе профилей и адресов оказания медицинской помощи;

20) дату включения медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, на

---

---

соответствующий финансовый год;

21) виды, условия и профили медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией в рамках территориальной программы, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии);

22) сведения о договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенном с медицинской организацией;

23) сведения об объемах оказания медицинской помощи и о ее финансовом обеспечении, распределенных медицинской организации решением Комиссии, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии);

24) сведения о способах оплаты медицинской помощи, установленных для медицинской организации в тарифном соглашении субъекта Российской Федерации, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии);

25) сведения о тарифах на оплату медицинской помощи, а также элементах структур тарифов на оплату медицинской помощи, установленных для медицинской организации (обособленных структурных подразделений медицинской организации) в тарифном соглашении субъекта Российской Федерации;

26) фактические показатели деятельности медицинской организации в рамках реализации территориальной программы субъекта Российской Федерации на соответствующий финансовый год, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии);

27) дату исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного страхования, в соответствующем финансовом году;

28) причину и основание исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного страхования, в соответствующем финансовом году.

104. Единый реестр медицинских организаций содержит следующие сведения о медицинской организации, функции и полномочия учредителя в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, оказывающей медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с [пунктом 11 статьи 5](#) Федерального закона, и медицинской организации (индивидуальном предпринимателе, осуществляющем медицинскую деятельность, обособленном структурном подразделении медицинской организации), включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования:

1) реестровый номер медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность);

2) полное и сокращенное (при наличии) наименования медицинской организации в

---

---

соответствии со сведениями ЕГРЮЛ;

фамилию, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии со сведениями ЕГРИП;

3) ИНН медицинской организации (индивидуального предпринимателя) в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

4) КПП медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

5) ОГРН медицинской организации;

6) код организационно-правовой формы медицинской организации в соответствии с Общероссийским [классификатором](#) организационно-правовых форм (ОКОПФ);

7) код формы собственности медицинской организации в соответствии с Общероссийским [классификатором](#) форм собственности (ОКФС);

8) сведения об учредителе (учредителях) медицинской организации, являющейся государственным (муниципальным) учреждением:

полное и сокращенное (при наличии) наименования учредителя медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ;

ИНН учредителя медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

КПП учредителя медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

наименование публично-правового образования, от имени которого действует учредитель медицинской организации;

код территории публично-правового образования, от имени которого действует учредитель медицинской организации, в соответствии с Общероссийским [классификатором](#) территорий муниципальных образований (ОКТМО);

9) вид медицинской организации в соответствии с [номенклатурой](#) медицинских организаций;

10) адрес медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации;

адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке (для индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность);

уникальный номер адреса медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации, адреса, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации

---

---

порядке, в государственном адресном реестре;

код территории субъекта Российской Федерации, в котором расположена медицинская организация, в котором зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке индивидуальный предприниматель, по [Общероссийскому классификатору](#) территорий муниципальных образований (ОКТМО);

11) адрес электронной почты, номер телефона медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность);

12) фамилию, имя, отчество (при наличии) руководителя и иных лиц медицинской организации, имеющих право действовать от имени медицинской организации без доверенности;

13) банковские реквизиты медицинской организации;

14) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности:

наименование лицензирующего органа;

адреса мест осуществления медицинской деятельности;

оказываемые медицинские услуги (выполняемые работы);

номер и дата регистрации лицензии на осуществление медицинской деятельности;

15) сведения об обособленных структурных подразделениях медицинской организации (при наличии):

реестровый номер обособленного структурного подразделения медицинской организации;

полное наименование обособленного структурного подразделения медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ;

КПП обособленного структурного подразделения медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

адрес обособленного структурного подразделения медицинской организации в пределах места нахождения обособленного структурного подразделения медицинской организации, уникальный номер адреса в государственном адресном реестре;

адрес электронной почты, номер телефона обособленного структурного подразделения медицинской организации;

перечень территориальных программ, в реализации которых участвует обособленное структурное подразделение медицинской организации;

наименование субъектов Российской Федерации, в реализации территориальных программ которых участвует обособленное структурное подразделение медицинской организации;

---

---

коды территорий субъектов Российской Федерации, в реализации территориальных программ которых участвует обособленное структурное подразделение медицинской организации (индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность) и ее обособленные структурные подразделения, по Общероссийскому [классификатору](#) территорий муниципальных образований (ОКТМО);

сведения об участии обособленного структурного подразделения медицинской организации в оказании медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с [пунктом 11 статьи 5](#) Федерального закона;

банковские реквизиты обособленного структурного подразделения медицинской организации;

фамилию, имя, отчество (при наличии) руководителя обособленного структурного подразделения медицинской организации;

16) сведения об адресах оказания медицинской помощи медицинской организацией, расположенных по данным адресам обособленных структурных подразделений медицинской организации и (или) наименованиях структурных подразделений, расположенных по данным адресам (при наличии), уникальные номера адресов оказания медицинской помощи в государственном адресном реестре;

17) мощность коечного фонда медицинской организации и количество врачей, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи, в разрезе профилей и адресов оказания медицинской помощи;

18) наименования субъектов Российской Федерации, в реализации территориальных программ которых участвуют медицинская организация и ее обособленные структурные подразделения;

коды территорий субъектов Российской Федерации, в реализации территориальных программ которых участвуют медицинская организация и ее обособленные структурные подразделения, по Общероссийскому [классификатору](#) территорий муниципальных образований (ОКТМО);

сведения о территориальных программах, в реализации которых участвует медицинская организация;

сведения об участии медицинской организации, функции и полномочия учредителей в отношении которой осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в оказании медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с [пунктом 11 статьи 5](#) Федерального закона;

19) сведения о номерах записей реестров медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, соответствующих медицинской организации;

даты включения медицинской организации в реестры медицинских организаций,

---

---

осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

даты исключения медицинской организации из реестров медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

причины и основания исключения медицинской организации из реестров медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного страхования;

20) сведения о договорах на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы, заключенных с медицинской организацией;

21) сведения о видах, условиях и профилях медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией в рамках реализации территориальных программ, и медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с [частью 11 статьи 5](#) Федерального закона;

22) сведения об объемах оказания медицинской помощи и ее финансовом обеспечении, распределенных медицинской организации решениями Комиссий, в том числе в разрезе субъектов Российской Федерации и обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии);

сведения об объемах оказания медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с [частью 11 статьи 5](#) Федерального закона, распределенных (перераспределенных) медицинской организации в порядке, установленном Правительством Российской Федерации в соответствии с [частью 3.2 статьи 35](#) Федерального закона;

23) сведения о способах оплаты медицинской помощи, установленных для медицинской организации в тарифных соглашениях субъектов Российской Федерации, в том числе в разрезе субъектов Российской Федерации и обособленных структурных подразделений медицинской организации (при наличии);

24) сведения о тарифах на оплату медицинской помощи, а также элементах структуры тарифов на оплату медицинской помощи, установленных (или применяемых) для медицинской организации в тарифных соглашениях субъектов Российской Федерации, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации;

сведения о тарифах на оплату медицинской помощи, а также элементах структуры тарифов на оплату медицинской помощи, установленных (или применяемых) для медицинской организации в базовой программе обязательного медицинского страхования для оплаты медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с [частью 11 статьи 5](#) Федерального закона;

25) фактические показатели деятельности медицинской организации по исполнению территориальных программ и (или) базовой программы, в том числе в разрезе обособленных структурных подразделений медицинской организации;

26) дату исключения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь,

---

---

финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с частью 11 [статьи 4](#) Федерального закона, на соответствующий год из единого реестра медицинских организаций, и причину ее исключения.

105. Медицинская организация включается территориальным фондом в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, на основании уведомления о включении в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее - уведомление), подаваемого ею в сроки, устанавливаемые в соответствии со [статьей 15](#) Федерального закона. Уведомление формируется в форме электронного документа в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования и подписывается усиленной квалифицированной подписью лица, уполномоченного действовать от имени медицинской организации.

Уведомление должно содержать следующие сведения:

1) о территориальной программе, на участие в которой медицинская организация подает уведомление;

2) полное и сокращенное (при наличии) наименования медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ;

фамилию, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии со сведениями ЕГРИП;

3) ИНН медицинской организации (индивидуального предпринимателя) в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

4) КПП медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;

5) ОГРН медицинской организации;

6) код организационно-правовой формы медицинской организации в соответствии с Общероссийским [классификатором](#) организационно-правовых форм (ОКОПФ);

7) код формы собственности медицинской организации в соответствии с Общероссийским [классификатором](#) форм собственности (ОКФС);

8) вид медицинской организации в соответствии с [номенклатурой](#) медицинских организаций;

9) адрес медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации;

адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

уникальный номер адреса медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации, адреса, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации

---

---

порядке, в государственном адресном реестре;

10) адрес электронной почты, номер телефона медицинской организации;

11) фамилию, имя, отчество (при наличии) руководителя и иных лиц медицинской организации, имеющих право действовать от имени медицинской организации без доверенности;

12) банковские реквизиты медицинской организации;

13) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности:

наименование лицензирующего органа;

адреса мест осуществления медицинской деятельности;

оказываемые медицинские услуги (выполняемые работы);

номер и дата регистрации лицензии на осуществление медицинской деятельности;

14) сведения об обособленных структурных подразделениях медицинской организации, предлагаемых к участию в реализации территориальной программы на соответствующий финансовый год:

полное наименование обособленного структурного подразделения медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ;

вид обособленного структурного подразделения медицинской организации в соответствии с [номенклатурой](#) медицинских организаций;

адрес обособленного структурного подразделения медицинской организации в пределах места нахождения обособленного структурного подразделения медицинской организации;

уникальный номер адреса обособленного структурного подразделения медицинской организации в пределах места нахождения обособленного структурного подразделения медицинской организации в государственном адресном реестре;

адрес электронной почты, номер телефона обособленного структурного подразделения медицинской организации;

фамилию, имя, отчество (при наличии) руководителя обособленного структурного подразделения медицинской организации;

банковские реквизиты обособленного структурного подразделения медицинской организации (при наличии);

15) сведения об адресах оказания медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации, расположенных по данным адресам обособленных структурных подразделений медицинской организации и (или) наименованиях структурных подразделений, расположенных по данным адресам (при наличии), уникальные номера адресов оказания медицинской помощи в

---

государственном адресном реестре;

16) мощность коечного фонда медицинской организации и количество врачей, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи, в разрезе профилей и адресов оказания медицинской помощи, в том числе с выделением мощности, заявляемой для реализации территориальной программы;

17) виды и формы медицинской помощи, планируемые к оказанию медицинской организацией в рамках территориальной программы, в разрезе условий оказания и профилей медицинской помощи;

18) предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям оказания медицинской помощи в разрезе профилей, врачей-специалистов, количества вызовов скорой медицинской помощи, клиничко-профильных/клиничко-статистических групп заболеваний по детскому и взрослому населению, а также планируемых к выполнению объемах диагностических и (или) консультативных услуг на плановый год взрослому и детскому населению согласно [номенклатуре медицинских услуг <9>](#).

-----

<9> Утверждена [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 ноября 2017 г., регистрационный N 48808) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 апреля 2019 г. N 217н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 июня 2019 г., регистрационный N 55024), от 5 марта 2020 г. N 148н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 апреля 2020 г., регистрационный N 57990) и от 24 сентября 2020 г. N 1010н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 декабря 2020 г., регистрационный N 61562).

В уведомлении справочно приводятся сведения о фактически выполненных медицинской организацией объемах медицинских помощи и ее финансового обеспечения в рамках реализации территориальной программы за периоды, предшествующие плановому периоду, сформированные на основе отчетности, формируемой медицинской организацией и территориальным фондом в соответствии с Федеральным [законом](#), а также информации персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах (при наличии).

Медицинская организация прилагает к уведомлению выписку из реестра лицензий в отношении лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности, сведения о которой приведены в уведомлении, копии документов, подтверждающих соответствие кадрового и материально-технического оснащения медицинской организации требованиям, установленным порядками оказания медицинской помощи, на оказание которой заявляется медицинская организация в соответствии с уведомлением, а также документов, отражающих показатели финансово-хозяйственной деятельности организации за 36 месяцев, предшествующих дате формирования уведомления, в том числе сведения о наличии кредиторской и дебиторской задолженности (за исключением медицинских организаций, не осуществлявших до даты подачи уведомления медицинскую деятельность).

---

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

106. В течение трех рабочих дней со дня направления медицинской организацией в территориальный фонд уведомления территориальный фонд осуществляет его проверку на соответствие уведомления правилам его формирования, предусмотренным настоящими Правилами, и срокам подачи уведомления, установленным [статьей 15](#) Федерального закона, и при установлении соответствия формирует запись реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по указанной медицинской организации и направляет медицинской организации в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования протокол о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

При выявлении несоответствия уведомления, направленного медицинской организацией в соответствии с [пунктом 105](#) настоящих Правил, правилам его формирования, предусмотренным настоящими Правилами, и (или) срокам подачи уведомления, установленным [статьей 15](#) Федерального закона, территориальный фонд направляет медицинской организации в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования протокол о несоответствии уведомления правилам и срокам его подачи.

Протокол о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и протокол о несоответствии уведомления правилам и срокам его подачи формируются в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования в форме электронного документа и подписываются усиленной квалифицированной электронной подписью лица, уполномоченного действовать от имени территориального фонда.

При получении протокола о несоответствии уведомления правилам его формирования, указанного в [абзаце втором](#) настоящего пункта, медицинская организация вправе внести уточнения в уведомление и повторно представить его в территориальный фонд в рамках сроков, предусмотренных в [статье 15](#) Федерального закона.

107. В случае изменения сведений о медицинской организации, указанных в [подпунктах 11, 13, 15 и 16 - 19 пункта 104](#) настоящих Правил, медицинская организация не позднее двух рабочих дней со дня наступления указанных изменений направляет в территориальный фонд уведомление об изменении сведений о медицинской организации. Уведомление об изменении сведений о медицинской организации формируется в форме электронного документа и подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью лица, уполномоченного действовать от имени медицинской организации.

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

Территориальный фонд в течение двух рабочих дней со дня направления медицинской организацией уведомления, указанного в [абзаце первом](#) настоящего пункта, осуществляет форматно-логическую проверку сведений, указанных в уведомлении, а также проверку сведений на соответствие правил их формирования правилам, установленным настоящими Правилами для формирования уведомления на включение в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и в случае прохождения проверки вносит изменения в запись реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в

---

---

сфере обязательного медицинского страхования, по соответствующей медицинской организации и направляет медицинской организации в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования протокол об изменении сведений записи реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

При непрохождении уведомлением об изменении сведений о медицинской организации проверки, указанной в [абзаце первом](#) настоящего пункта, территориальный фонд направляет медицинской организации в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования протокол об отклонении уведомления об изменении сведений о медицинской организации.

Протокол об изменении сведений записи реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и протокол об отклонении уведомления об изменении сведений о медицинской организации формируются в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования в форме электронного документа и подписываются усиленной квалифицированной электронной подписью лица, уполномоченного действовать от имени территориального фонда.

Медицинская организация в течение двух рабочих дней со дня получения протокола об отклонении уведомления об изменении сведений о медицинской организации обеспечивает внесение изменений в указанное уведомление и направление скорректированной его редакции в территориальный фонд в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования.

108. Сведения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, указанные в [подпунктах 4 - 10, 12, 14, 21 - 28 пункта 103](#) настоящих Правил, изменяются территориальным фондом, в том числе автоматически, на основании соответственно ЕГРЮЛ, ЕГРИП, сведений реестра участников бюджетного процесса и иных лиц, не являющихся участниками бюджетного процесса (в части сведений об учредителе (учредителях) медицинских организаций, являющихся государственными (муниципальными) учреждениями, и банковских реквизитов государственных (муниципальных) учреждений (их обособленных структурных подразделений), документов и отчетности, предусмотренных к формированию, утверждению или представлению в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании).

109. Медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, за исключением случаев ликвидации медицинской организации, утраты права на осуществление медицинской деятельности, банкротства или иных предусмотренных законодательством Российской Федерации случаев <9.1>.

-----

<9.1> [Часть 4 статьи 15](#) Федерального закона.

Исключение медицинских организаций из реестра медицинских организаций,

---

---

осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в случаях, указанных в [абзаце первом](#) настоящего пункта, осуществляется в течение одного рабочего дня со дня получения территориальным фондом сведений, указанных в [абзаце первом](#) настоящего пункта.

Территориальный фонд исключает медицинские организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в течение двух рабочих дней со дня истечения срока реализации территориальной программы.

При исключении медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, территориальный фонд формирует и направляет медицинской организации в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования протокол об исключении медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Протокол об исключении медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, формируется территориальным фондом в форме электронного документа и подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью лица, уполномоченного действовать от имени территориального фонда.

110. Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, до заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию вправе направить в территориальный фонд уведомление об исключении из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Уведомление об исключении из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, формируется медицинской организацией в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования в форме электронного документа и подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью лица, уполномоченного действовать от имени медицинской организации.

Территориальный фонд на следующий рабочий день после дня получения территориальным фондом указанного уведомления исключает медицинскую организацию из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и в течение трех рабочих дней со дня получения уведомления направляет медицинской организации в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования протокол об исключении медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, сформированный в соответствии с [пунктом 109](#) настоящих Правил.

111. Медицинская организация, осуществляющая оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с [частью 11 статьи 5](#) Федерального закона, включается Федеральным фондом в единый реестр медицинских организаций на основании заявки, направляемой указанной медицинской организацией по [форме](#)

---

и в [порядке](#), утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2020 г. N 1346н "Об утверждении формы и порядка подачи заявки на распределение медицинской организации объемов предоставления медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с [пунктом 11 статьи 5](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" <9.2>.

-----  
<9.2> Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 декабря 2020 г., регистрационный N 61812.

112. Федеральный фонд вносит в записи единого реестра медицинских организаций сведения об исключении медицинской организации, осуществляющей оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с [частью 11 статьи 5](#) Федерального закона, из единого реестра медицинских организаций в день расторжения или прекращения действия договора об оказании и оплате медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

113. Сведения записей реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в течение одного рабочего дня со дня формирования (изменения) указанных записей в соответствии с настоящими Правилами включаются в соответствующие им записи единого реестра медицинских организаций.

114. Записи единого реестра медицинских организаций и реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, подлежат постоянному хранению. В случае внесения изменений в записи единого реестра медицинских организаций и реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, ранее составленные записи сохраняются.

115. Территориальный фонд размещает на своем официальном сайте сведения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, предусмотренные [подпунктами 1 - 11, 13, 18, 20, 21, 27 и 28 пункта 103](#) настоящих Правил, в течение одного рабочего дня со дня формирования (внесения изменения) в указанные сведения.

Федеральный фонд обеспечивает размещение на своем официальном сайте сведений единого реестра медицинских организаций, предусмотренных [подпунктами 1 - 7, 10, 11, 16, 18, 19, 21 и 26 пункта 104](#) настоящих Правил, в течение одного рабочего дня со дня формирования указанных сведений в едином реестре медицинских организаций либо внесения в них изменений.

116. Федеральный фонд в соответствии с [пунктом 6 части 2 статьи 7](#) Федерального закона в целях ведения единого реестра медицинских организаций осуществляет проверку ведения территориальным фондом реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе установленного настоящей главой порядка включения медицинских организаций в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (исключения из указанного реестра), в рамках контроля за соблюдением законодательства об обязательном

---

медицинском страховании и за использованием средств обязательного медицинского страхования, в том числе проводит проверки и ревизии <10>.

-----

<10> [Приказ](#) Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 декабря 2013 г. N 260 "Об утверждении Порядка осуществления Федеральным фондом обязательного медицинского страхования контроля за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием средств обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 февраля 2014 г., регистрационный N 31336).

### **VIII. Порядок направления территориальным фондом сведений о принятом решении об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве**

117. В соответствии с [частью 2 статьи 32](#) Федерального закона сведения о принятом решении об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве направляются не позднее десяти дней со дня принятия решения территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации территориальным фондам.  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

118. Территориальный фонд в течение трех рабочих дней со дня получения сведений, предусмотренных [пунктом 117](#) настоящих Правил, от территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц идентифицирует застрахованных лиц, указанных в сведениях, и передает в течение пяти рабочих дней с даты получения сведений соответствующим страховым медицинским организациям и (или) другим территориальным фондам следующие сведения о застрахованных лицах, в отношении которых территориальным органом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации принято решение:  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

- 1) фамилию, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица;
- 2) номер полиса;
- 3) дату рождения;
- 4) наименование документа, удостоверяющего личность;
- 5) серию и номер документа, удостоверяющего личность;
- 6) наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность;
- 7) дату выдачи документа, удостоверяющего личность;

- 8) дату несчастного случая на производстве;
- 9) дату начала оказания медицинской помощи;
- 10) диагноз;
- 11) наименование медицинской организации;
- 12) ОГРН медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ;
- 13) адрес медицинской организации;
- 14) номер телефона медицинской организации с кодом города.

119. Указанные в [пункте 118](#) настоящих Правил сведения передаются в электронном виде с использованием средств криптографической защиты информации и усиленной квалифицированной электронной подписи с соблюдением требований законодательства Российской Федерации по защите персональных данных.

120. При технической невозможности обеспечения усиленной квалифицированной электронной подписи подлинность сведений, представленных в электронном виде, должна подтверждаться реестром на бумажном носителе, при этом реестр должен содержать дату его составления, подпись, фамилию, имя, отчество (при наличии) исполнителя, заверен подписью директора территориального фонда и скреплен печатью территориального фонда.

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

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 26.03.2021 N 254н)

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 3.1 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 ежемесячно представляет в территориальный фонд:

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

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

(п. 123 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

Заявка на авансирование представляется в территориальный фонд вместе с перечнем заявок медицинских организаций, направленных в страховую медицинскую организацию, с указанием по каждой медицинской организации размера финансового обеспечения медицинской помощи, распределенной медицинской организации решением Комиссии, среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи страховой медицинской организацией в медицинскую организацию за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи 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 (за исключением месяца, предшествующего месяцу подачи заявки) и суммы авансирования.

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

Абзац утратил силу. - [Приказ](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н.

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

(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

- 1) наименование страховой медицинской организации;  
(пп. 1 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)
- 2) наименование территориального фонда;  
(пп. 2 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)
- 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 целевых средств, необходимый для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц по счетам на оплату медицинской помощи, полученных от территориального фонда, в том числе с учетом санкций, выставленных по результатам проведенного медико-экономического контроля, и с учетом средств авансирования, предоставленного медицинским организациям;  
(пп. 8 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)
  - 8.1) объем средств по счетам на оплату медицинской помощи, по которым оплату расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляет территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации;  
(пп. 8.1 введен Приказом Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)
  - 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 пенсионного и социального страхования Российской Федерации, в предшествующих периодах;

---

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

(пп. 12 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

(пп. 12.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

(пп. 12.2 введен [Приказом](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

(пп. 12.3 введен [Приказом](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

(пп. 13 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

(пп. 13.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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;  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

15.1) сумма средств авансирования, направленная в медицинские организации, на которую данными организациями не представлены счета на оплату медицинской помощи по отчетному месяцу, нарастающим итогом с начала финансового года;  
(пп. 15.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

16) размер целевых 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 целевых средств, поступивших по дифференцированным подушевым нормативам);  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

17) итоговая сумма целевых средств по заявке, рассчитанная как сумма значений показателей, предусмотренных [подпунктами 6, 8.1, 9 - 11, 12.2, 14, 16](#), за вычетом суммы, предусмотренной [подпунктом 7](#) настоящего пункта;  
(пп. 17 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

18) дата составления заявки на получение средств на оплату счетов.  
(пп. 18 введен [Приказом](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

К заявке на получение средств на оплату счетов страховой медицинской организацией прилагается реестр, содержащий сведения, указанные в настоящем пункте (за исключением сведений, указанных в [подпунктах 5 - 7 и 16](#)) в разрезе медицинских организаций.  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

126. Заявка на авансирование, заявка на получение средств на оплату счетов и прилагаемый к ней реестр подписываются руководителем и главным бухгалтером страховой медицинской организации (уполномоченным лицом) 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).  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

---

---

(п. 127 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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 не более 50 процентов в период с января по ноябрь, а в декабре - 95 процентов объема средств финансового обеспечения страховой медицинской организации, рассчитанного в соответствии с [пунктом 139](#) настоящих Правил, на месяц, предшествующий месяцу направления заявки на авансирование;  
(пп. 1 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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 в отчетном месяце.  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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 (окончательного расчета), представляемого страховой медицинской организацией в следующие периоды, и указанные средства учитываются страховой медицинской организацией при оплате медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в следующем периоде.  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

131. Остаток целевых средств, возвращенный в территориальный фонд, может быть заявлен страховой медицинской организацией для оплаты медицинской помощи в последующие периоды в случае превышения для данной страховой медицинской организации в отчетном месяце фактического объема целевых средств на оплату медицинской помощи над объемом целевых средств для оплаты медицинской помощи, определенным с учетом дифференцированных подушевых нормативов. Средства, предназначенные на расходы на ведение дела, с указанных средств страховой медицинской организации не направляются. При наличии задолженности по оплате медицинской помощи за месяцы, предшествующие отчетному в текущем году, остатки целевых средств после оплаты медицинской помощи за отчетный месяц направляются в медицинские организации на пропорциональное погашение указанной задолженности. Средства, оставшиеся после погашения задолженности, подлежат возврату в территориальный фонд.  
(п. 131 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

132. При превышении объема средств, необходимых для оплаты медицинской помощи за

---

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.1) возвращенном медицинской организацией в страховую медицинскую организацию

---

---

размере средств в связи с превышением суммы авансирования оказания медицинской помощи над суммой счетов на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

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

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

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

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

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

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

(п. 132 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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 территориальным фондом увеличения объемов, в том числе, связанное с повышенной заболеваемостью, и их финансового обеспечения, включая увеличение тарифов на оплату медицинской помощи, а также количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту:

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

абзацы четвертый - шестой утратили силу. - [Приказ](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н.

Срок проведения проверки не может превышать срок, установленный в соответствии с [частью 8 статьи 38](#) Федерального закона.

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

---

Предоставление указанных средств осуществляется в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом в соответствии с [частью 6.4 статьи 26](#) Федерального закона, не позднее пяти рабочих дней со дня окончания проверки.

(абзац введен [Приказом](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

(абзац введен [Приказом](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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 первых четырех 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.

(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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:

$$\text{КП} = \frac{С \times Ч}{\sum_1^k D_i \times Ч_i},$$

где:

С - среднедушевой норматив финансирования страховых медицинских организаций;

Ч - среднемесячная численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации;

к - количество страховых медицинских организаций.

140. Страховая медицинская организация, получившая от территориального фонда сведения о застрахованном лице, в отношении которого территориальным органом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации принято решение об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, 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.  
(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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;

абзац утратил силу. - [Приказ](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н;

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 в размере, не превышающем размер оплаты оказанной медицинской помощи;  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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;  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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;

по результатам экспертизы качества медицинской помощи;  
(пп. 12 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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 6.3 статьи 26](#) Федерального закона;

15) средствах, перечисленных в территориальный фонд в соответствии с [пунктом 2 части 6.3 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;

абзац утратил силу. - [Приказ](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н;

---

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;

18.1) сумме, подлежащей перечислению в медицинские организации, в соответствии с решениями, принятыми в соответствии с законодательством Российской Федерации;  
(пп. 18.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

18.2) сумме, перечисленной в медицинские организации, в соответствии с решениями, принятыми в соответствии с законодательством Российской Федерации;  
(пп. 18.2 введен [Приказом](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

19) штрафах и пнях, начисленных страховой медицинской организации за нарушение договорных обязательств по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

19.1) штрафах и пнях, уплаченных страховой медицинской организации в связи с нарушением обязательств по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;  
(пп. 19.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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 пнях 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 6.3 статьи 26](#) Федерального закона;

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

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

средствам из остатка средств, ранее возвращенных в территориальный фонд;

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

средствам на ведение дела;

(пп. 23 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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, исчисляемой, начиная с четвертого рабочего дня после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц;  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

средствам от применения страховыми медицинскими организациями к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, исчисляемой, начиная с четвертого рабочего дня со дня получения от медицинской организации указанных средств;  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

средствам авансирования медицинских организаций, не обеспеченных выставленными счетами на оплату медицинской помощи, по которым не осуществлен возврат в территориальный фонд, исчисляемой, начиная с четвертого рабочего дня со дня получения от медицинской организации указанных средств;  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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 6.3 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;

абзац утратил силу. - [Приказ](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н.

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 среднемесячного количества прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц (застрахованных лиц на территории обслуживания скорой медицинской помощи) и подушевого норматива финансирования медицинской организации.  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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 с учетом показателей результативности деятельности, в том числе подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, представляется персонифицированный реестр счета, содержащий сведения об оказанной медицинской помощи и ее стоимости по тарифам, установленным для соответствующей единицы объема медицинской помощи (медицинских услугах, посещениях, обращениях, вызовах, законченных случаях лечения заболевания, в том числе на основе КСГ) застрахованным лицам, обслуживаемым медицинской организацией.  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

При оплате медицинской помощи за законченный случай, медицинскую услугу, вызов оплата медицинской помощи осуществляется на основании счета и реестра счета на оплату медицинской помощи, сформированного с указанием каждого случая, медицинской услуги, вызова и тарифа на оплату указанной медицинской помощи.  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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 организации решением Комиссии;
- 5) среднемесячный объем средств, направляемый на оплату медицинской помощи страховой медицинской организацией в медицинскую организацию за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи 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 (за исключением месяца, предшествующего месяцу подачи заявки);

(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

7) сумма авансирования (без вычета значения показателя, предусмотренного подпунктом 6 настоящего пункта).

(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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 среднемесячной 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);

(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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;
    - период (месяц) проведения следующего планового осмотра (при оплате профилактических мероприятий или прохождении диспансерного наблюдения);  
(абзац введен [Приказом](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)
  - б) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, включая:
    - вид оказанной медицинской помощи (код);
    - основной диагноз в соответствии с Международной статистической [классификацией](#) болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ);
    - сопутствующий диагноз в соответствии с [МКБ](#) (при наличии);
    - осложнение заболевания в соответствии с [МКБ](#) (при наличии);
    - дату начала и дату окончания оказания медицинской помощи;
    - объемы оказанной медицинской помощи;
    - профиль оказанной медицинской помощи (код);
    - тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу (код и наименование примененного тарифа в соответствии с тарифным соглашением, в том числе о наименовании и номере клинико-статистической группы (при наличии));
    - стоимость оказанной медицинской помощи (в случае оплаты по подушевому нормативу финансирования стоимость в реестре сведений об оказанной медицинской помощи указывается равной тарифу на оплату медицинской помощи, а итоговую стоимость равную нулю);
-

---

результат обращения за медицинской помощью (код);

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

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

период (месяц) проведения следующего планового осмотра (при оплате профилактических мероприятий или прохождении диспансерного наблюдения).  
(пп. 6 в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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, содержащий предполагаемые сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, место пребывания, сведения о документе, удостоверяющем личность).  
(в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

---

---

результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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 проведения контроля.  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

154. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта [2.16.1](#), предусмотренного приложением N 5 к настоящим Правилам) рассчитывается по формуле:  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

$$H = PT \times K_{\text{но}},$$

где:

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

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный за оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

$K_{\text{но}}$  - 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 применения кода нарушения/дефекта [2.16.1](#), размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = (PT_1 - PT_2) + PT_2 \times K_{но},$$

где:

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

PT<sub>1</sub> - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

PT<sub>2</sub> - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

K<sub>но</sub> - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с [Приложением N 5](#) к настоящему Правилам.  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

155. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (C<sub>шт</sub>), рассчитывается по формуле:

$$C_{шт} = РП \times K_{шт},$$

где:

C<sub>шт</sub> - 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, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта [2.16.1](#), предусмотренного приложением N 5 к настоящему Правилам, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи);  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

K<sub>шт</sub> - 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. Оплата счетов, повторно представленных медицинскими организациями к оплате после доработки, осуществляется в период оплаты счетов за следующий отчетный месяц.

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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 не позднее пятого рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором Комиссией были пересмотрены объемы предоставления медицинской помощи и (или) ее финансового обеспечения.

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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 организации решением Комиссии, медицинская организация в течение пяти рабочих дней после получения заключения по результатам медико-экономического контроля обязана обратиться в Комиссию с предложением о перераспределении объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи.

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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.





---

3) общую сумму средств на оплату медицинской помощи по принятым к оплате по результатам медико-экономического контроля счетов за отчетный месяц;  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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

4.1) сумму средств на авансирование, рассчитанную страховой медицинской организацией в соответствии с [пунктом 125](#) настоящих Правил;  
(пп. 4.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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-экономического контроля;

(абзац введен [Приказом](#) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н)

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;

---





























(медицинской услуги).

193. В составе затрат, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги), учитываются следующие группы затрат:

1) затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников, принимающих непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

2) затраты на приобретение материальных запасов, потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги);

3) затраты на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь), используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

4) иные затраты, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги).

Группы затрат могут быть дополнительно детализованы.

194. К затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемым непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), относятся затраты, которые невозможно отнести напрямую к затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги).

195. В составе затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, выделяются следующие группы затрат:

1) затраты на коммунальные услуги;

2) затраты на содержание объектов недвижимого имущества, закрепленного за медицинской организацией на праве оперативного управления или приобретенным медицинской организацией за счет средств, выделенных ей учредителем на приобретение такого имущества, а также недвижимого имущества, находящегося у медицинской организации в собственности, на основании договора аренды или безвозмездного пользования, эксплуатируемого в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) (далее - затраты на содержание недвижимого имущества);

3) затраты на содержание объектов движимого имущества (далее - затраты на содержание движимого имущества);

4) затраты на приобретение услуг связи;

5) затраты на приобретение транспортных услуг;

6) затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинских организаций, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) (административно-управленческого, административно-хозяйственного, вспомогательного и иного персонала, не принимающего









































































































































