



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(Минздрав России)

П Р И К А З

20 ноября 2013 г.

№ *859а*

Москва

**О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования,
утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального
развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н**

П р и к а з ы в а ю:

Внести изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 г., регистрационный № 19998), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 августа 2011 г. № 897н «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 августа 2011 г., регистрационный № 21609), приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. № 1036н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2011 г., регистрационный № 22053), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 марта 2013 г. № 160н «О внесении изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 мая 2013 г.,

регистрационный № 28480), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г. № 396н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 сентября 2013 г., регистрационный № 30004), согласно приложению.

Министр



В.И. Скворцова

Утверждены
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 ноября 2013 г. № 859ан

**Изменения,
которые вносятся в Правила обязательного медицинского
страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации
от 28 февраля 2011 г. № 158н**

1. Пункт 2 дополнить словами «; порядок информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями.».

2. Подпункт 10 пункта 9 исключить.

3. Пункт 138 изложить в следующей редакции:

«Медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и оказавшая медицинскую помощь застрахованному лицу, формирует и направляет счет и реестр счета за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис (далее - реестр), в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи не позднее десяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи.

Счет должен быть заверен подписью руководителя и главного бухгалтера медицинской организации и печатью медицинской организации.

Реестр счета за медицинскую помощь должен содержать следующие сведения:

- 1) наименование медицинской организации;
- 2) ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ;
- 3) период, за который выставлен счет;
- 4) номер позиции реестра;

5) сведения о застрахованном лице:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата и место рождения;

вес при рождении (для новорожденных);

данные документа, удостоверяющего личность;

СНИЛС (при наличии);

номер полиса;

б) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:

вид оказанной медицинской помощи (код);

основной диагноз в соответствии с МКБ-10;

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

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

вид медицинского вмешательства в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (при наличии);

дату начала и дату окончания лечения;

объемы оказанной медицинской помощи;

профиль оказанной медицинской помощи (код);

специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);

тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу;

стоимость оказанной медицинской помощи;

результат обращения за медицинской помощью (код).».

4. Пункт 155 изложить в следующей редакции:

«155. Расчет тарифов может осуществляться на единицу объема медицинской помощи (1 случай госпитализации, 1 обращение в связи с заболеванием, 1 законченный случай при оплате диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, 1 пациенто-день лечения, 1 вызов скорой медицинской помощи), на медицинскую услугу, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.».

5. Пункт 157 изложить в следующей редакции:

«157. Тариф на оплату медицинской помощи включает в себя:

1) расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона;

2) дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи, определенные Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации в соответствии с частью 8 статьи 35 Федерального закона;

3) расходы, определенные территориальной программой обязательного медицинского страхования в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования за счет средств субвенций из бюджета Федерального фонда и межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджет территориального фонда.».

6. Дополнить пунктами 157.2-157.7 следующего содержания:

«157.2. Для установления тарифов могут использоваться следующие методы определения затрат:

- 1) нормативный;
- 2) структурный;
- 3) экспертный.

157.3. В случае наличия утвержденных нормативов затрат, выраженных в натуральных показателях, в том числе нормативов питания, оснащения мягким инвентарем, медикаментами, норм потребления расходных материалов, нормативов затрат рабочего времени, объемов снижения потребления энергетических ресурсов в соответствии с требованиями энергетической эффективности или иных натуральных

параметров оказания медицинской помощи (медицинской услуги), указанные нормативы затрат, выраженные в натуральных показателях, используются при определении тарифов.

157.4. При применении структурного метода затраты в отношении соответствующей группы затрат определяются пропорционально выбранному основанию, в том числе, затратам на оплату труда и начислениям на выплаты по оплате труда персонала, участвующего непосредственно в оказании медицинской помощи (медицинской услуги); численности персонала, участвующего непосредственно в оказании медицинской помощи (медицинской услуги); площади помещения, используемого для оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

157.5. При применении экспертного метода затраты в отношении соответствующей группы затрат определяются на основании экспертной оценки, в том числе, оценки доли группы затрат (трудозатраты) в общем объеме затрат, необходимых для оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

157.6. Выбор метода(ов) определения затрат для каждой группы затрат осуществляется в зависимости от условий оказания медицинской помощи, территориальных и иных особенностей оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

157.7. Тариф на оказание i -той медицинской услуги (T_i) определяется по формуле:

$$T_i = \sum_j G_j, \text{ где}$$

G_j – затраты, определенные для j -той группы затрат на единицу объема медицинской помощи (медицинской услуги) на соответствующий финансовый год.»

7. Дополнить пунктами 158.1-158.16 следующего содержания:

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

- затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

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

- затраты на амортизацию оборудования, используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

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

Группы затрат могут быть дополнительно детализированы.

158.2. 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).

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

- затраты на коммунальные услуги;
- 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 на основании договора аренды или безвозмездного пользования, эксплуатируемого в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) (далее - затраты на содержание недвижимого имущества);
- затраты на содержание объектов движимого имущества (далее - затраты на содержание движимого имущества);
- затраты на приобретение услуг связи;
- затраты на приобретение транспортных услуг;
- 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 непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги));
- затраты на амортизацию оборудования, непосредственно не используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги);
- прочие затраты на общехозяйственные нужды.

Группы затрат могут быть дополнительно детализированы.

158.4. Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда определяются исходя из потребности в количестве персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с действующей системой оплаты труда, включая денежные выплаты стимулирующего характера врачам-терапевтам

участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации; врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации^{**}.

158.5. Затраты на материальные запасы определяются исходя из нормативных объемов потребления материальных запасов или фактических объемов потребления материальных запасов за прошлые годы в натуральном или стоимостном выражении и включают в себя затраты на приобретение материальных запасов, непосредственно используемых для оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

158.6. Затраты на амортизацию оборудования, используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги), определяются исходя из балансовой стоимости оборудования, годовой нормы его износа и времени работы оборудования в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги). Затраты на амортизацию оборудования стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу определяются в случае, если указанные расходы включены в территориальную программу обязательного медицинского страхования.

158.7. Затраты на коммунальные услуги определяются обособленно по видам энергетических ресурсов, исходя из нормативов потребления коммунальных услуг с учетом требований обеспечения энергоэффективности и энергосбережения, или исходя из фактических объемов потребления

* Постановление Правительства Российской Федерации от 18.10.2013 № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 43, ст. 5558);

Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения»» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 2, ст. 130).

коммунальных услуг за прошлые годы с учетом изменений в составе используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги) движимого и недвижимого имущества:

- затраты на холодное водоснабжение и водоотведение;
- затраты на горячее водоснабжение;
- затраты на теплоснабжение;
- затраты на электроснабжение.

В случае заключения энергосервисного договора (контракта) дополнительно к указанным нормативным затратам определяются нормативные затраты на оплату исполнения энергосервисного договора (контракта), на величину которых снижаются нормативные затраты по видам энергетических ресурсов.

Для определения затрат на коммунальные услуги рекомендуется учитывать нормативы потребления коммунальных услуг на единицу объема медицинской помощи (медицинской услуги) для группы медицинских организаций, находящихся в однотипных зданиях и оказывающих одинаковый набор услуг.

158.8. Затраты на холодное водоснабжение и водоотведение определяются исходя из объемов потребления и тарифов на холодное водоснабжение и водоотведение по следующей формуле:

$$N_{\text{ХВ,вод}} = T_{\text{ХВ}} \times V_{\text{ХВ}} + T_{\text{вод}} \times V_{\text{вод}}$$

где:

$N_{\text{ХВ,вод}}$ - затраты на холодное водоснабжение и водоотведение;

$T_{\text{ХВ}}$ - тариф на холодное водоснабжение, установленный на соответствующий финансовый год;

$V_{\text{ХВ}}$ - объем потребления холодной воды (в куб. м) в отчетном финансовом году;

$T_{\text{вод}}$ - тариф на водоотведение, установленный на соответствующий финансовый год;

$V_{\text{вод}}$ - объем водоотведения в соответствующем финансовом году;

158.9. Затраты на горячее водоснабжение (1), потребление тепловой энергии (2), электрической энергии (3), газа (4) определяются исходя из соответствующих тарифов и общих объемов их

потребления в натуральном выражении соответственно по следующей формуле:

$$\sum_{i=1}^4 N_i = \sum_{i=1}^4 (T_i * V_i)$$

где:

N_i - затраты на горячее водоснабжение (1), потребление тепловой энергии (2), электрической энергии (3), газа (4);

T_i - тариф на горячее водоснабжение (1), потребление тепловой энергии (2), электрической энергии (3), газа (4), установленный на соответствующий финансовый год;

V_i - объем потребления горячей воды (в куб. м) (1), тепловой энергии (в Гкал) (2), электрической энергии (кВт.ч) (3), потребление газа (4) в соответствующем финансовом году.

158.10. Затраты на оплату исполнения энергосервисного договора (контракта) определяются как процент от достигнутого размера экономии соответствующих расходов медицинской организации, определенный условиями энергосервисного договора (контракта).

158.11. Затраты на содержание объектов недвижимого имущества могут быть детализированы по следующим группам затрат:

- затраты на эксплуатацию системы охранной сигнализации и противопожарной безопасности;
- затраты на аренду недвижимого имущества;
- затраты на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения по которым признается недвижимое имущество, закрепленное за медицинской организацией или приобретенное медицинской организацией за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества, в том числе земельные участки;
- затраты на содержание прилегающих территорий в соответствии с утвержденными санитарными правилами и нормами;
- прочие затраты на содержание недвижимого имущества.

158.12. Затраты на содержание объектов движимого имущества могут быть детализированы по следующим группам затрат:

- затраты на техническое обслуживание и текущий ремонт движимого имущества;
- затраты на материальные запасы, потребляемые в рамках содержания движимого имущества, не отнесенные к затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги);

- затраты на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения движимого имущества, закрепленного за медицинской организацией или приобретенное медицинской организацией за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества;

- затраты на обязательное страхование гражданской ответственности владельцев транспортных средств;

- прочие затраты на содержание движимого имущества.

158.13. Затраты на приобретение услуг связи и приобретение транспортных услуг определяются исходя из нормативов потребления или фактических объемов потребления за прошлые годы в натуральном или стоимостном выражении.

158.14. Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинской организации, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) (административно-управленческого, административно-хозяйственного, вспомогательного и иного персонала, не принимающего непосредственное участие в оказании государственной услуги) определяются исходя из количества единиц по штатному расписанию, утвержденному руководителем медицинской организации, с учетом действующей системы оплаты труда.

158.15. Затраты на амортизацию оборудования, непосредственно не используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги), определяются исходя из балансовой стоимости оборудования и годовой нормы его износа. Затраты на амортизацию оборудования стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу определяются в случае, если указанные расходы включены в территориальную программу обязательного медицинского страхования.

158.16. Распределение затрат, необходимых для деятельности медицинской организации в целом, по отдельным видам медицинской помощи (медицинским услугам) рекомендуется осуществлять одним из следующих способов:

- пропорционально фонду оплаты труда основного персонала, непосредственно участвующего в оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

- пропорционально объему оказываемых медицинских услуг в случае, если медицинские услуги, оказываемые медицинской организацией, имеют одинаковую единицу измерения объема услуг, либо могут быть приведены в сопоставимый вид (например, если одно обращение в среднем включает в себя 2,9 посещения, то обращение может быть переведено в посещение путем умножения на 2,9);

- пропорционально площади, используемой для оказания каждого вида медицинской помощи (медицинской услуги) (при возможности распределения общего объема площадей медицинской организации между оказываемыми видами медицинской помощи (медицинскими услугами);

- путем отнесения всего объема затрат, необходимых для деятельности медицинской организации в целом, на один вид медицинской помощи (медицинской услуги), выделенный(ой) в качестве основного(ой) вида медицинской помощи (медицинской услуги) для медицинской организации;

- пропорционально иному выбранному показателю.».

8. Пункты 159-164 исключить.

9. Пункт 165 изложить в следующей редакции:

«165. Расчет стоимости медицинской помощи (медицинской услуги) производится по таблице.

Расчет стоимости медицинской помощи (медицинской услуги)

(наименование медицинской услуги)

№ п/п	Наименование статей затрат	Сумма (руб.)
1.1.	Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги)	
1.2.	Затраты на приобретение материальных запасов, потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги)	
1.3.1	Сумма начисленной амортизации оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги)	
1.3.2	Сумма начисленной амортизации оборудования стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу, используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги) *†	
1.4.	Иные затраты, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги)	
	Итого затрат, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги)	
2.1.	Затраты на коммунальные услуги	
2.2.	Затраты на содержание объектов недвижимого имущества	
2.3.	Затраты на содержание объектов движимого имущества	
2.4.	Затраты на приобретение услуг связи	
2.5.	Затраты на приобретение транспортных услуг	
2.6.	Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинской организации, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги)	
2.7.1	Сумма начисленной амортизации оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, непосредственно не используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги)	
2.7.2	Сумма начисленной амортизации зданий, сооружений и других основных фондов, включая оборудование стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу, непосредственно не связанных с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) *	
2.8.	Прочие затраты на общехозяйственные нужды	
	Итого затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом	
	Стоимость медицинской помощи (медицинской услуги)	

† заполняется в случае, если указанные расходы включены в территориальную программу обязательного медицинского страхования.»

10. Пункт 166 дополнить абзацем вторым следующего содержания:

«При расчете стоимости пролеченного больного с применением способа оплаты по клинико-статистическим группам учитываются затратоемкость по клинико-статистическим группам, количество профильных госпитализаций и применение современных эффективных технологий, стимулирование медицинских организаций, а также медицинских работников (осуществление выплат стимулирующего характера) к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий, уровень оказания медицинской помощи, сложность лечения пациентов.»

11. Дополнить главой XV следующего содержания:

«XV. Порядок информационного сопровождения
застрахованных лиц при организации оказания им медицинской
помощи страховыми медицинскими организациями

199. Страховая медицинская организация осуществляет получение и обобщение информации, представляемой ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях:

- о выполнении объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы по случаям госпитализации в разрезе профилей медицинской помощи, оказание которой предусмотрено лицензией медицинской организации, лицам, застрахованным в данной страховой медицинской организации;

- о числе застрахованных лиц, госпитализированных в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях (в том числе по типам медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию), выбравших медицинскую организацию и получивших направление на госпитализацию, выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация.

200. Страховая медицинская организация на основании информации, доступ к которой предоставлен территориальным фондом, переданных медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, обобщает и ведет учет по состоянию на 09.00 часов дня передачи информации по каждой медицинской организации:

- выполненных объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в разрезе профилей (кодов) отделений по всем медицинским организациям, оказывающим медицинскую

помощь в стационарных условиях, с которыми у нее заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- наличия числа свободных мест на госпитализацию в разрезе отделений (кодов) по каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- числа застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях и получивших направление на оказание в плановой и неотложной форме специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, по каждой медицинской организации, с которыми у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- числа застрахованных лиц, госпитализированных в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях (в том числе по типам медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию), выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, а также в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, не позднее 1 дня с даты плановой госпитализации.

201. Страховая медицинская организация ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени информирует лицо, уполномоченное руководителем медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, на взаимодействие со страховой медицинской организацией по вопросам госпитализации (далее – уполномоченное лицо):

- о наличии объемов медицинской помощи и числа свободных мест для госпитализации в плановой и экстренной форме в разрезе отделений (кодов) по каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- о госпитализированных застрахованных лицах в плановой и экстренной форме.

202. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 мая 2012 г., регистрационный № 24278) и приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1342н «Об утверждении

Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 марта 2013г. № 27617) при выдаче направления на плановую госпитализацию лечащий врач обязан информировать застрахованное лицо или его законного представителя о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание специализированной медицинской помощи с учетом сроков ожидания указанного вида медицинской помощи, установленных территориальной программой.

Для информирования застрахованного лица или его законного представителя лечащий врач обращается к уполномоченному лицу.

203. На основании информации, указанной в пункте 203 настоящих Правил, застрахованное лицо или его законный представитель осуществляет выбор медицинской организации, в которую он должен быть направлен для оказания специализированной медицинской помощи.

204. Страховая медицинская организация ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени на основании сведений медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, поступающей ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени дня о застрахованных лицах в данной страховой медицинской организации, получивших направление для оказания в плановой форме специализированной медицинской помощи в стационарных условиях с указанием, в том числе сроков госпитализации, по состоянию на 20.00 часов предшествующего дня, информирует медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

205. Страховая медицинская организация передает данную информацию в территориальный фонд и медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, не позднее 1 дня с даты получения информации от медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

206. Страховая медицинская организация в случае отказа застрахованного лица или его законного представителя от госпитализации на основе информации, поступающей от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях при регистрации отказа в медицинской карте амбулаторного больного и анализа причин неявки застрахованного лица на плановую госпитализацию, при необходимости, обеспечивает организацию

госпитализации застрахованного лица с учетом его выбора медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь.

207. Страховая медицинская организация ежемесячно до 20 числа месяца, следующего за отчетным, и до 1 марта года, следующего за отчетным, представляет отчет об информационном сопровождении застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

208. Обмен информацией между медицинскими организациями, страховой медицинской организацией и территориальным фондом осуществляется в электронной форме с соблюдением требований по защите конфиденциальной информации.

209. Страховая медицинская организация обеспечивает мониторинг сопровождения застрахованных лиц, получивших направление на госпитализацию, а также контроль за своевременностью госпитализации.».