



Союз медицинского сообщества «Национальная Медицинская Палата»

Россия, 119180, г. Москва, ул. Большая Полянка, д.22, тел./факс: +7 (495) 959-28-96

www.nacmedpalata.ru; e-mail: org@nnpmp.ru; mail@doctor-roshal.ru

« 06 » февраля 2019 г.

исх. № 11/1

Проект опубликован на портале Regulation.gov.ru 15.01.18

<https://regulation.gov.ru/projects/List/AdvancedSearch#npa=87627>

Первому заместителю Министра
здравоохранения Российской Федерации
Т.В.Яковлевой

Уважаемая Татьяна Владимировна!

В соответствии с Соглашением между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Некоммерческим партнерством «Национальная Медицинская Палата» о сотрудничестве в области здравоохранения направляем Вам замечания и предложения, высказанные экспертами НМП к проекту приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

Просим Вас организовать обсуждение проекта приказа совместно с разработчиком и представителями НМП.

Приложение на 21 л.

С уважением,

Президент
Союза «Национальная Медицинская Палата»

Л.М. Рошаль

ПРИЛОЖЕНИЕ

Предложения и замечания экспертов Союза медицинского сообщества «Национальная Медицинская Палата» к проекту приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

Положение проекта, требующее изменений	Обоснование необходимых изменений	Предложение по новому тексту проекта
II. Порядок подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом, о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования		
<p>Пункт 3. В соответствии с частью 1 статьи 16 Федерального закона застрахованные лица имеют право на выбор или замену страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном настоящей главой.</p>	<p>Необходимо сохранить норму перехода от одной мед организации к другой не чаще одного раза в год. Вопрос для мед организации крайне трудоемкий и во избежание путаницы необходимо ограничить количество переходов из организации в организацию</p>	<p>3. В соответствии с частью 1 статьи 16 Федерального закона застрахованные лица имеют право на выбор или замену страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном настоящей главой не чаще чем один раз в году, за исключением случаев переезда (замены адреса места жительства).</p>
<p>Пункт 4. Выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до</p>	<p>Необходимо ведение единого реестра застрахованных. Т.к. территориальный фонд является основным в реализации на территории обязательного мед страхования, то и реестр вести должен он.</p>	<p>4. Выбор или замена страховой медицинской организации 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 до достижения совершеннолетия – одним из его</p>

<p>достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия – одним из его родителей или другими законными представителями), путем подачи заявления в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом обязательного медицинского страхования на его официальном сайте в сети "Интернет" и может дополнительно опубликовываться иными способами или иными организациями, уполномоченные субъектом Российской Федерации (далее - иные организации).</p>		<p>родителей или другими законными представителями), путем подачи заявления в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом обязательного медицинского страхования на его официальном сайте в сети "Интернет" и может дополнительно опубликовываться иными способами или иными организациями, уполномоченные субъектом Российской Федерации (далее - иные организации). Дополнить: Единый реестр застрахованных в страховых компаниях граждан ведет территориальный фонд ОМС.</p>
<p>пункт 7</p>	<p>При подача заявления о выборе СМО через ЕПГУ, в качестве представителя, нет описания порядка</p>	<p>Прописать порядок</p>
<p>Пункт 9 «Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации оформляется в письменной форме и подается непосредственно в страховую</p>	<p>Предлагается убрать возможность подавать заявление через официальный сайт территориального фонда: 1. при этом исчезнет разночтение с пунктами 6 и 7 Правил обязательного</p>	<p>«9. Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации оформляется в письменной форме и подается непосредственно в страховую медицинскую организацию/иную</p>

<p>медицинскую организацию/иную организацию или передается в электронной форме с использованием информационно-коммуникационных сетей общего пользования, в том числе сети «Интернет», через официальный сайт территориального фонда (при условии прохождения застрахованным лицом или его законным представителем процедуры идентификации и аутентификации в соответствии с законодательством Российской Федерации¹) либо на Едином портале государственных и муниципальных услуг.»</p>	<p>медицинского страхования</p> <p>2. процедурой идентификации и аутентификации в ЕСИА предусмотрено подтверждение личности того лица, данные которого посылаются в ЕСИА. Если это будут документы законного представителя, то в этом случае не верифицируются сведения, например, ребенка, для которого оформляется полис.</p> <p>3. при подаче заявления через официальный сайт территориального фонда в данной редакции Правил не предусмотрено заверение заявления электронной подписью, то есть гражданин не несет ответственности за обращение.</p> <p>Если возможность подавать заявление через официальный сайт территориального фонда необходимо оставить, то нужно доработать весь маршрут прохождения сведений в этом случае. Например, убрать возможность подавать заявление законным представителем (при подаче заявления через официальный сайт территориального фонда) или приглашать гражданина в страховую компанию для подтверждения</p>	<p>организацию или передается в электронной форме на Едином портале государственных и муниципальных услуг.»</p>
--	--	---

	информации путем предъявления документов.	
<p>Пункт 10 «При принятии заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме через:</p> <p>1) официальный сайт территориального фонда территориальный фонд направляет заявителю подтверждение приема заявления в форме электронного документа на электронный адрес, указанный в заявлении;</p> <p>2) Единый портал государственных и муниципальных услуг территориальный фонд направляет заявителю подтверждение приема заявления в форме электронного документа через Единый портал государственных и муниципальных услуг (редакция).»</p>	Обоснование аналогично обоснованию для пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования	«10. При принятии заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме через Единый портал государственных и муниципальных услуг территориальный фонд направляет заявителю подтверждение приема заявления в форме электронного документа через Единый портал государственных и муниципальных услуг (редакция).»
пункт 12	При подаче заявления о выборе(замене) СМО через ЕПГУ требуется подтверждение электронной подписью застрахованного лица или его законного представителя. В большинстве случаев такая подпись у лица отсутствует.	Требуется отмена усиленной ЭЦП, для того чтобы услуга была востребована

<p>Абзац 1 пункта 12 «В случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме через официальный сайт территориального фонда или посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг предоставляются следующие верифицированные сведения из документов застрахованного лица:»</p>	<p>Обоснование аналогично обоснованию для пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования</p>	<p>«12. В случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг предоставляются следующие верифицированные сведения из документов застрахованного лица:»</p>
<p>Абзац 9 пункта 14 «реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС, в том числе дата его подписания и срок действия;»</p>	<p>Учитывая требования приказа ФФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» в части заполнения полей файла с изменениями от СМО в ТФОМС необходимо уточнить перечень реквизитов трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС.</p>	<p>«реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС: - номер трудового договора (при наличии); - дата подписания (заключения) трудового договора; - место заключения трудового договора; - срок действия трудового договора; - наименование организации, фамилия, имя, отчество работодателя – физического лица, заключивших трудовой договор; - идентификационный номер налогоплательщика (за исключением работодателей – физических лиц, не являющихся индивидуальными предпринимателями)</p>
<p>Пункт 18 «При подаче заявления в электронной форме через официальный сайт территориального фонда или</p>	<p>Обоснование аналогично обоснованию для пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования</p>	<p>Пункт 18 Правил обязательного медицинского страхования: «При подаче заявления в электронной форме посредством Единого портала государственных и</p>

<p>посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг принятое заявление заверяется усиленной квалифицированной электронной подписью представителя страховой медицинской организации, уполномоченного руководителем страховой медицинской организации на прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации.»</p>		<p>муниципальных услуг принятое заявление заверяется усиленной квалифицированной электронной подписью представителя страховой медицинской организации, уполномоченного руководителем страховой медицинской организации на прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации.»</p>
<p>Пункт 19 «В случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме через официальный сайт территориального фонда или Единый портал государственных и муниципальных услуг и при указании заявителем формы полиса – электронный к заявлению прикладываются образец личной подписи застрахованного лица и фотография застрахованного лица.»</p>	<p>Обоснование аналогично обоснованию для пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования</p>	<p>Пункт 19 Правил обязательного медицинского страхования: «В случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме через Единый портал государственных и муниципальных услуг и при указании заявителем формы полиса – электронный к заявлению прикладываются образец личной подписи застрахованного лица и фотография застрахованного лица.»</p>
<p>пункт 19</p>	<p>В документе не описано, в каких форматах будет передаваться фотография и образец подписи лица для получения электронного полиса через ЕПГУ</p>	<p>Необходимо расписать форматы изображений</p>
<p>Пункт 21 проекта предусматривает обязанность</p>	<p>По усмотрению разработчиков проекта Правил обязательного медицинского</p>	<p>Пункт 21 проекта предусматривает обязанность страховых медицинских организаций в</p>

<p>страховых медицинских организаций в течение трех рабочих дней с момента получения сведений из территориального фонда информировать застрахованное лицо или законного представителя в письменной форме о факте страхования и необходимости получения полиса.</p> <p>Однако срок передачи территориальным фондом сведений о принятии заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в разделе II проекта не определен.</p>	<p>страхования</p>	<p>течение трех рабочих дней с момента получения сведений из территориального фонда информировать застрахованное лицо или законного представителя в письменной форме о факте страхования и необходимости получения полиса.</p> <p>Однако срок передачи территориальным фондом сведений о принятии заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в разделе II проекта не определен.</p>
<p>Абзац 2 п. 22</p>	<p>Предлагается дать определение «места жительства» предусмотренное статьей 20 ГК РФ</p>	<p>Правил изложить в следующей редакции: «Под местом жительства в рамках настоящего приказа понимается субъект Российской Федерации, в котором застрахованный гражданин постоянно или преимущественно проживает.</p>
<p>Пункт 26 «Сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения</p>	<p>Во избежание разночтений в понимании содержания данной нормы следует уточнить формулировку сведений, которые направляются фондом с страховую медицинскую организацию.</p>	<p>«26. Сведения о гражданах, не осуществивших выбор страховой медицинской организации, а также замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой</p>

<p>договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, ежемесячно до 10-го числа направляются территориальным фондом в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них для заключения договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Соотношение работающих граждан и неработающих граждан, не обратившихся в страховую медицинскую организацию, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии</p>		<p>медицинской организации, ежемесячно до 10-го числа направляются территориальным фондом в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них для заключения договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Соотношение работающих граждан и неработающих граждан, не обратившихся в страховую медицинскую организацию, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным.»</p>
--	--	--

<p>страховой медицинской организации, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным.»</p>		
<p>Пункт 29 «Заявление о сдаче (утрате) полиса оформляется в письменной форме или машинописным способом и подается непосредственно в любую страховую медицинскую организацию или любой территориальный фонд лично или через своего представителя.»</p>	<p>Во избежание разночтений в понимании содержания данной нормы следует уточнить формулировку указанного пункта, поскольку письменная форма включает в себя, в том числе, и машинописный способ.</p>	<p>«29. Заявление о сдаче (утрате) полиса оформляется в письменной форме подается непосредственно в любую страховую медицинскую организацию или любой территориальный фонд лично или через своего представителя.»</p>
<p>IV. Порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования либо временного свидетельства застрахованному лицу</p>		
<p>Пункт 50 «В день подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации страховая медицинская организация (иная организация), в которую было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, выдает застрахованному лицу оформленные страховой медицинской организацией (иной организацией) полис либо временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса и удостоверяющее право на бесплатное</p>	<p>Обоснование аналогично обоснованию для пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования</p>	<p>«50. В день подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации страховая медицинская организация (иная организация), в которую было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, выдает застрахованному лицу оформленные страховой медицинской организацией (иной организацией) полис либо временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса и удостоверяющее право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая (далее - временное свидетельство). Временное свидетельство может оформляться в электронной</p>

<p>оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая (далее - временное свидетельство). Временное свидетельство может оформляться в электронной форме при подаче заявления через официальный сайт территориального фонда либо посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг.»</p>		<p>форме при подаче заявления посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг.»</p>
<p>пункт 52</p>	<p>Сроки информирования ТФОМС не соответствуют 55 пункту этого же раздела</p>	<p>Необходимо привести в соответствие сроки информирования ТФОМС в соответствии с 55 пунктом этого же раздела (не позднее одного рабочего дня)</p>
<p>пункт 56</p>	<p>В соответствии с пунктом 56 СМО отказывает застрахованному лицу в изготовлении полиса, если по сведениям ЦС ЕРЗ у застрахованного лица есть полис. Соответственно лицо не может выбрать другую СМО, в случае, если ранее у него был полис единого образца, а на текущий момент утерян или пришел в негодность.</p>	<p>Необходимо прописать случай, при котором лицо намерено поменять СМО и его полис утерян или пришел в негодность.</p>

<p>Подпункт 1 пункта 67 «67. Переоформление полиса осуществляется также в случаях: 1) изменения даты рождения застрахованного лица;»</p>	<p>Форма заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса, утвержденная приложением № 3 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования (письмо ФФОМС от 30.12.2011 № 9161/30-1/и) содержит информацию о том, что переоформление полиса осуществляется в том числе при смене пола застрахованного.</p>	<p>«67. Переоформление полиса осуществляется также в случаях: 1) изменения даты рождения, пола застрахованного лица;».</p>
<p>Абзац 1 пункта 69 «Выдача дубликата полиса осуществляется в форме бумажного полиса по заявлению застрахованного лица о выдаче дубликата полиса, в случаях:»</p>	<p>Возможность выдачи дубликата полиса только в бумажной форме противоречит положениям проекта, предусматривающим две формы полиса. Кроме того пунктом 70 проекта предусмотрено, что заявление о выдаче дубликата полиса содержит сведения о форме полиса: бумажный или электронный.</p>	<p>«69. Выдача дубликата полиса осуществляется по заявлению застрахованного лица о выдаче дубликата полиса, в случаях:»</p>
<p>Абзац 3 пункта 76 «В случаях, когда действующие объекты невозможно полностью приспособить для нужд инвалидов, собственниками этих объектов должны осуществляться по согласованию с общественными объединениями инвалидов меры, обеспечивающие удовлетворение минимальных потребностей инвалидов.»</p>	<p>Правоотношения по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры регламентированы ст. 15 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».</p> <p>Кроме того, пунктом 76 проекта обязанность по организации пунктов</p>	<p>Абзац 3 пункта 76 Правил обязательного медицинского страхования ИСКЛЮЧИТЬ</p>

	выдачи полисов возложена на страховые медицинские организации	
VII. Порядок ведения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования		
Подпункт 20 пункта 111 «20) профили медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией в рамках территориальной программы;»	В соответствии с ч. 1 ст. 32 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь оказывается и классифицируется по видам, условиям и форме оказания. Понятие профили медицинской помощи Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ не раскрывается. В связи с чем, необходимо уточнить какого рода сведения должны содержаться в указанном подпункте.	По усмотрению разработчиков проекта Правил обязательного медицинского страхования.
Пункт 113. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации могут быть установлены иные сроки подачи уведомления вновь создаваемыми	К работе в системе ОМС необходимо допускать только стабильно работающие организации. Предлагаем допускать частные медицинские организации отработавшие не менее 3-х лет и прошедшие проверку	Исключить: Вновь создаваемыми медицинскими организациями для целей настоящей главы считаются медицинские организации, получившие лицензии на осуществление медицинской деятельности позднее 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в

<p>медицинскими организациями.</p> <p>Вновь создаваемыми медицинскими организациями для целей настоящей главы считаются медицинские организации, получившие лицензии на осуществление медицинской деятельности позднее 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.</p>	<p>Росздравнадзора.</p>	<p>сфере обязательного медицинского страхования.</p> <p>Добавить: К работе в рамках системы обязательного медицинского страхования допускаются частные медицинские организации, отработавшие не менее 3-х лет и положительно прошедшие проверку Росздравнадзора.</p>
<p>IX. Порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию</p>		
<p>Абзац второй пункта 138</p> <p>«В случае превышения в отчетном месяце суммы аванса, направленного страховой медицинской организацией в медицинскую организацию над размером счета на оплату медицинской помощи, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи указанные средства подлежат возврату в территориальный фонд в последующие месяцы текущего года».</p>	<p>Необходимо определить, на основании какого документа и каким участником системы ОМС (страховой медицинской организацией или медицинской организацией) подлежат возврату указанные средства в территориальный фонд.</p>	<p>По усмотрению разработчиков проекта Правил обязательного медицинского страхования</p>
<p>Пункт 148.</p> <p>Страховая медицинская</p>	<p>Считаем, что оказанная медицинская помощь должна быть оплачена</p>	<p>Пункт 148.</p> <p>Страховая медицинская организация, получившая</p>

<p>организация, получившая сведения о застрахованном лице, в отношении которого территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации принято решение об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, от территориального фонда, информирует его о принятых мерах по исключению из оплаты за оказание медицинской помощи застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве за счет средств обязательного медицинского страхования не позднее трех рабочих дней со дня принятия соответствующих мер.</p>	<p>медицинской организации в полном объеме, т.к. средства на лечение больного потрачены.</p> <p>Взыскивать средства с виновного в тяжелом несчастном случае субъекта хозяйственной деятельности должна страховая медицинская организация...</p>	<p>сведения о застрахованном лице, в отношении которого территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации принято решение об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, от территориального фонда, информирует его о принятых мерах по исключению из оплаты за оказание медицинской помощи застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве за счет средств обязательного медицинского страхования не позднее трех рабочих дней со дня принятия соответствующих мер. Средства оплаченные страховой медицинской организацией медицинской организации в таком случае возмещаются из Фонда социального страхования Российской Федерации</p>
<p>Пункт 161. При превышении в отчетном месяце объема средств, направленных в медицинскую организацию в соответствии с заявкой на авансирование медицинской помощи, над суммой счета на оплату медицинской помощи, с учетом</p>	<p>В случае, если на территории зафиксирована эпидемия, оплата медицинской помощи в рамках эпидемии должна иметь место в полном объеме!!!</p>	<p>161. При превышении в отчетном месяце объема средств, направленных в медицинскую организацию в соответствии с заявкой на авансирование медицинской помощи, над суммой счета на оплату медицинской помощи, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в следующем месяце размер заявки на авансирование</p>

<p>результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в следующем месяце размер заявки на авансирование медицинской помощи уменьшается на сумму средств указанного превышения, за исключением случаев, установленных частью 6 статьи 38 Федерального закона, связанных с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту.</p>		<p>медицинской помощи уменьшается на сумму средств указанного превышения, за исключением случаев, установленных частью 6 статьи 38 Федерального закона, связанных с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту.</p> <p>Добавить: в случае, если на территории зарегистрирована эпидемическая заболеваемость, вся медицинская помощь, в рамках эпидемии оплачивается в полном объеме по механизму, определенном в генеральном тарифном соглашении.</p>
<p>Х. Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации</p>		
<p>Пункт 173. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи и территориальный фонд по месту страхования осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и организации проведения экспертизы</p>	<p>Такая ситуация неправомерна - «у семи нянек дитя без глаза».</p> <p>Контроль должен быть возложен на страховую организацию и территориальный фонд по месту жительства пациента.</p>	<p>173. Территориальный фонд по месту страхования осуществляет контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и организации проведения экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля.</p> <p>Исключить: Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи и</p>

<p>качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля.</p>		
<p>Пункт 183. Оплата исправленной части счета производится территориальным фондом по месту страхования не позднее десяти рабочих дней с даты получения информации от территориального фонда по месту оказания медицинской помощи в электронном виде, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью руководителя и главного бухгалтера территориального фонда.</p>	<p>С учетом имеющихся объемов целесообразно проводить взаиморасчеты ежеквартально.</p>	<p>183. Оплата исправленной части счета производится территориальным фондом по месту страхования не позднее десяти рабочих дней квартала, следующего за отчетным получения информации от территориального фонда по месту оказания медицинской помощи в электронном виде, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью руководителя и главного бухгалтера территориального фонда.</p>
<p>XI. Порядок утверждения для страховых медицинских организаций дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования</p>		
<p>Пункт 196. 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</p>	<p>Необходимо включить техническое обслуживание и ремонт медицинской техники.</p>	<p>196. 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</p>

<p>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 основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона;</p>		<p>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, техническое обслуживание и ремонт медицинской техники., 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 основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона;</p>
<p>Пункт 199. В случае наличия утвержденных</p>	<p>В соответствии с постулатом МЗ РФ о равнодоступности и равном качестве</p>	<p>199. В случае наличия утвержденных нормативов затрат, выраженных в натуральных</p>

<p>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.</p>	<p>оказания медицинской помощи, необходимо определить единые натуральные нормативы питания больных .</p>	<p>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.</p> <p style="color: red; text-align: center;">Добавить: Министерство здравоохранения РФ утверждает единые натуральные нормативы питания больных</p>
<p>Пункт 221. Расчет стоимости медицинской помощи (медицинской услуги) производится по таблице.</p> <p style="text-align: right;">Таблица</p> <p>Расчет стоимости медицинской помощи (медицинской услуги)</p>	<p>В таблицу должны быть включены ВСЕ расходы в соответствии с п. 196. Тариф на оплату медицинской помощи включает в себя:</p>	
<p>Приложение N 1 ПОЛОЖЕНИЕ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОМИССИИ ПО РАЗРАБОТКЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ</p>		

ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

<p>Пункт 3. В состав Комиссии на паритетных началах входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации.</p> <p>Изменения в состав Комиссии вносятся не реже 1 раза в 3 года.</p>	<p>Как правило, в комиссию входят по одному человеку от страховых медицинских организаций, медицинских организаций и представителей медицинских профессиональных некоммерческих организаций. Для того, чтобы эти лица квалифицированно представляли соответствующие сообщества необходимо в данном документе определить порядок выдвижения представителей этих организаций!</p> <p>От медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) должна выступать организация, являющаяся членом общероссийской организации, соответствующей ст. 76 323-ФЗ.</p>	<p>3. В состав Комиссии на паритетных началах входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации.</p> <p>Дополнить: Формирование комиссии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. представитель страховых медицинских организаций включается в комиссию по письменному представлению от всех страховых медицинских организаций, работающих на территории субъекта в РФ системе обязательного медицинского; 2. представитель медицинских организаций включается в комиссию по письменному представлению не менее 50% медицинских
---	---	---

		<p>организаций, работающих на территории субъекта РФ системе обязательного медицинского страхования;</p> <p>3. представитель медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов), являющихся представителем профессиональной некоммерческой организации соответствующей ст 76 323-ФЗ, на территории субъекта РФ.</p> <p>Дополнить: в случае болезни или командировки члена комиссии, то от соответствующей организации присутствует на комиссии представитель по простой письменной доверенности.</p>
<p>Пункт 12. Секретарем Комиссии является представитель территориального фонда. Секретарь Комиссии не менее чем за три рабочих дня до начала заседания Комиссии информирует членов Комиссии о дате, месте и времени проведения заседания и организует рассылку необходимых материалов. Секретарь Комиссии обеспечивает ведение делопроизводства и хранение протоколов Комиссии.</p>	<p>Изучить представленные комиссии материалы за 3 дня невозможно.</p>	<p>12. Секретарем Комиссии является представитель территориального фонда. Секретарь Комиссии не менее чем за шесть рабочих дней до начала заседания Комиссии информирует членов Комиссии о дате, месте и времени проведения заседания и организует рассылку необходимых материалов. Секретарь Комиссии обеспечивает ведение делопроизводства и хранение протоколов Комиссии.</p>

Приложение № 3
Реестр медицинских организаций, осуществляющих
деятельность в сфере обязательного медицинского страхования
(форма)

<p>Графа 11 «Адрес (место нахождения) обособленного подразделения (филиал) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации»</p>	<p>В Приложении № 3 к проекту Правил обязательного медицинского страхования установлена форма Реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования</p>	<p>«Адрес (место нахождения) обособленного подразделения (филиал) медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации»</p>
--	---	---