

Зарегистрировано в Минюсте России 4 мая 2016 г. N 41969

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ПРИКАЗ
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**

Приказываю:

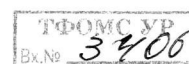
Внести изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 г., регистрационный N 19998), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 августа 2011 г. N 897н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 августа 2011 г., регистрационный N 21609), от 9 сентября 2011 г. N 1036н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2011 г., регистрационный N 22053), приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 марта 2013 г. N 160н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 мая 2013 г., регистрационный N 28480), от 21 июня 2013 г. N 396н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 сентября 2013 г., регистрационный N 30004), от 20 ноября 2013 г. N 859н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 ноября 2013 г., регистрационный N 30489), от 6 августа 2015 г. N 536н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 октября 2015 г., регистрационный N 39119), согласно приложению.

Министр
В.И.СКВОРЦОВА

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 25 марта 2016 г. N 192н

**ИЗМЕНЕНИЯ,
КОТОРЫЕ ВНОСЯТСЯ В ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ОТ 28 ФЕВРАЛЯ 2011 Г. N 158Н**

1. В абзаце седьмом подпункта 1 пункта 6 слова "(при наличии)" заменить словами "(для иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии)".
2. В абзаце четвертом подпункта 1 и в абзаце третьем подпункта 2 пункта 9 слова "(при наличии)" исключить.
3. В абзаце седьмом подпункта 3 пункта 26 и в абзаце седьмом подпункта 1 пункта 56 слова "(при наличии)" заменить словами "(для иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии)".
4. В пункте 52 слова " , данных документа, удостоверяющего личность, " исключить.
5. Второе предложение пункта 65 изложить в следующей редакции: "Одновременно с полисом застрахованному лицу страховая медицинская организация предоставляет информацию о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, о порядке информационного сопровождения на всех этапах оказания им медицинской помощи, контактные телефоны территориального



12 МАЙ 2016

фонда и страховой медицинской организации, выдавшей полис, которая может доводиться до застрахованных лиц в виде памятки."

6. Пункт 92 дополнить подпунктами 10 - 14 следующего содержания:

"10) мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей;

11) мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов;

12) фактически выполненные за предыдущий год (по ежегодным статистическим данным и данным бухгалтерского учета медицинской организации) объемы медицинской помощи по видам и условиям в разрезе профилей, специальностей, клинико-статистических групп/клинико-профильных групп (далее - КСГ/КПГ) по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования);

13) численность прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп);

14) предложения о планируемых кв к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям в разрезе профилей, врачей-специалистов, количеству вызовов скорой медицинской помощи, КСГ/КПГ по детскому и взрослому населению."

7. В пункте 121:

а) подпункты "г" и "д" пункта 5 признать утратившими силу;

б) подпункт 7 изложить в следующей редакции:

"7) средства, полученные от применения к медицинским организациям санкций за нарушения согласно пункту 127.2 настоящих Правил, в том числе:

а) по результатам медико-экономического контроля;

б) по результатам медико-экономической экспертизы;

в) по результатам экспертизы качества медицинской помощи;

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

в) дополнить подпунктом 7.1 следующего содержания:

"7.1) средства, направленные в территориальный фонд в соответствии с пунктом 2 части 6.3 статьи 26 Федерального закона, в том числе:

а) по результатам проведения медико-экономического контроля;

б) по результатам проведения медико-экономической экспертизы;

в) по результатам проведения экспертизы качества медицинской помощи;

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

8. В абзаце шестом подпункта 5 пункта 126 слова "(при наличии)" заменить словами "(для иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии)".

9. В восьмой строке таблицы пункта 127.4 число "3.8" заменить на число "3.6".

10. Пункт 128 изложить в следующей редакции:

"128. При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией медико-экономического контроля медицинская организация вправе доработать и представить в страховую медицинскую организацию отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее 25 рабочих дней с даты получения акта от страховой медицинской организации, сформированного по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи."

11. Пункт 130 дополнить абзацем следующего содержания:

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

12. В пункте 131.1 слова ", на выплаты вознаграждений страховым медицинским организациям за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении, и медицинским организациям за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи" исключить.

13. В пункте 132:

а) абзац первый подпункта 3 изложить в следующей редакции:

"3) сумма средств, сформированная за нарушения, выявленные по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе:"

б) дополнить подпунктом 3.1 следующего содержания:

"3.1) сумма средств, удержанных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе:

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

14. В абзаце седьмом подпункта 5 пункта 138 и в абзаце шестом подпункта 6 пункта 171 слова "(при наличии)" заменить словами "(для иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии)".

15. Пункт 6 приложения N 1 к Правилам обязательного медицинского страхования дополнить подпунктом 7 следующего содержания:

"7) рассматривает предложения о возможном участии медицинской организации в реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в части заявленных объемов оказания медицинской помощи с учетом показателей эффективности деятельности медицинских организаций."