



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

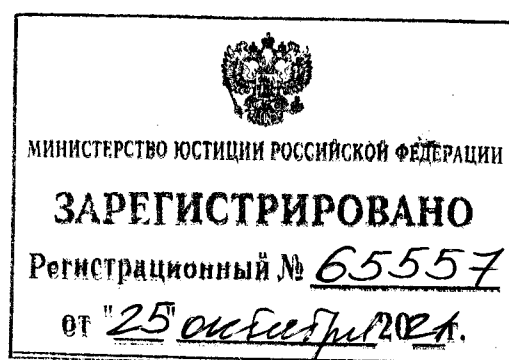
**П Р И К А З**

15 октября 2021 г.

Москва

№ 10/ч

Об утверждении форм документов, применяемых при распределении и перераспределении объемов предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара по перечню заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), предусмотренному базовой программой обязательного медицинского страхования, между медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в электронной форме в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования



В соответствии с пунктом 12 Правил распределения и перераспределения объемов предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, между медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 29 апреля 2021 г. № 682 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, № 20, ст. 3360; официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 15 октября 2021 г.), приказываю:

1. Утвердить:

форму распределения объемов предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара по перечню заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), предусмотренному базовой программой

обязательного медицинского страхования, между медицинскими организациями, функции и полномочия учредителя в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, согласно приложению № 1;

форму перераспределения объемов предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара по перечню заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), предусмотренному базовой программой обязательного медицинского страхования, согласно приложению № 2;

форму предложений по внесению изменений в распределение объемов предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара по перечню заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), предусмотренному базовой программой обязательного медицинского страхования, согласно приложению № 3;

форму сведений о реестрах счетов и счетах на оплату специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара по перечню заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), предусмотренному базовой программой обязательного медицинского страхования, представленных медицинскими организациями, функции и полномочия учредителя в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, согласно приложению № 4.

2. Признать утратившим силу приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 мая 2021 г. № 56н «Об утверждении форм документов, применяемых при распределении и перераспределении объемов предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара по перечню заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), предусмотренному базовой программой обязательного медицинского страхования, между медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в электронной форме в государственной информационной системе обязательного медицинского

страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2021 г., регистрационный № 63987).

Председатель



Е.Е. Чернякова

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,  
хранится в системе электронного документооборота  
Министерства Здравоохранения  
Российской Федерации.

**СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП**

Сертификат: 67EA2994D56ACAD1E2BA748F09885216D521AA81  
Кому выдан: Хорова Наталья Александровна  
Действителен: с 19.08.2020 до 19.11.2021

Приложение № 1  
к приказу Федерального фонда  
обязательного медицинского страхования  
от «15» 10 2021 г. № 1014

Форма

СОГЛАСОВАНО

УТВЕРЖДАЮ

(наименование должности)	(наименование должности)
(фамилия, инициалы (отчество - при наличии))	(фамилия, инициалы (отчество - при наличии))
(информация о подписании документа электронной подписью)	(информация о подписании документа электронной подписью)
« ____ » _____ 20__ г. (дата)	« ____ » _____ 20__ г. (дата)

**Распределение объемов**

предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара по перечню заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), предусмотренному базовой программой обязательного медицинского страхования, между медицинскими организациями, функции и полномочия учредителя в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти

на 20 \_\_\_\_ год

Наименование органа, осуществляющего  
распределение объемов предоставления медицинской  
помощи \_\_\_\_\_

Коды  
Дата   
по БК

Наименование показателя	Коды			Объемы медицинской помощи, случай	Объем финансового обеспечения, рублей
	учредитель	медицинская организация	профиль медицинской помощи (группа заболеваний, состояний)		

Приложение № 2  
к приказу Федерального фонда  
обязательного медицинского страхования  
от «15» 10 2021 г. № 1014

Форма

**Перераспределение объемов  
предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую  
программу обязательного медицинского страхования, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара по  
перечню заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), предусмотренному базовой программой обязательного  
медицинского страхования**

на 20 \_\_\_\_ год

Наименование органа, осуществляющего перераспределение объемов предоставления медицинской помощи _____  Вид изменения _____	Коды Дата по БК	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>			

Наименование показателя	Коды			Изменение (+/-)	
	учредитель	медицинская организация	профиль медицинской помощи (группа заболеваний, состояний)	объемов медицинской помощи, случай	объемов финансового обеспечения, рублей

Уполномоченное лицо  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

\_\_\_\_\_ (информация о подписании документа электронной подписью)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Уполномоченное лицо  
Федерального фонда обязательного  
медицинского страхования

\_\_\_\_\_ (информация о подписании документа электронной подписью)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Приложение № 3  
к приказу Федерального фонда обязательного  
медицинского страхования  
от «15» 10 2021 г. № 1014

Форма

**Предложения**

по внесению изменений в распределение объемов предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара по перечню заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), предусмотренному базовой программой обязательного медицинского страхования

на 20\_\_ год

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Наименование органа, которому направляются предложения \_\_\_\_\_

Наименование учредителя \_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Вид изменения \_\_\_\_\_

Коды	
Дата	
№	
по БК	
по БК	
по ЕРМО	

Наименование показателя	Код профиля медицинской помощи (группы заболеваний, состояний)	Изменение (+/-)	
		объемов медицинской помощи, случай	объемов финансового обеспечения, рублей
Итого			

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_

(информация о подписании документа электронной подписью)

(расшифровка подписи)

Исполнитель \_\_\_\_\_

(должность)

(фамилия, инициалы (отчество - при наличии))

(телефон)

Приложение № 4  
к приказу Федерального фонда обязательного  
медицинского страхования  
от «15» 10 2021 г. № 10/Н

Форма

Сведения о реестрах счетов и счетах на оплату  
специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу  
обязательного медицинского страхования, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара по перечню  
заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), предусмотренному базовой программой обязательного медицинского  
страхования, представленных медицинскими организациями, функции и полномочия учредителя в отношении которых  
осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти

Период \_\_\_\_\_

Коды  
Дата \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_

Наименование показателя	Коды						Объемы медицинской помощи, случай	Стоимость медицинской помощи, рублей
	учреди- тель	условия оказания медицин- ской помощи	профиль медицинской помощи (группа заболеваний, состояний)	вид медицин- ской помощи	группа заболеваний (состояний), вид высокотехноло- гичной медицинской помощи	медицинская организация		
Итого								

Уполномоченное лицо  
Федерального фонда обязательного  
медицинского страхования

\_\_\_\_\_

(информация о подписании документа электронной подписью)

\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Исполнитель

\_\_\_\_\_

(должность)

\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы (отчество - при наличии))

\_\_\_\_\_

(телефон)