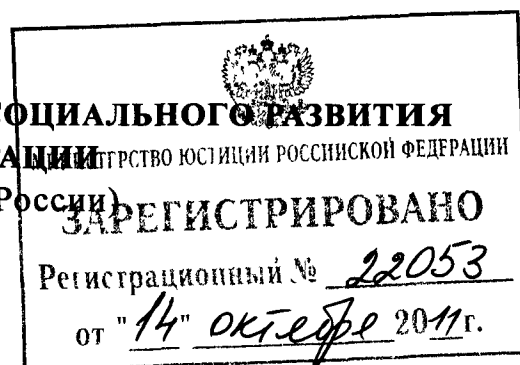




МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздравсоцразвития России)

П Р И К А З



9 сентября 2011 г.

№ 1036н

Москва

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»

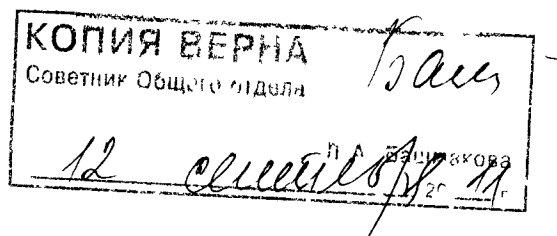
В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011г. № 74 «О правилах обязательного медицинского страхования» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 8, ст. 1119) п р и к а з ы в а ю:

1. Внести изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 3 марта 2011г. № 19998) с изменением, внесенным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

от 10 августа 2011г. № 897н «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 12 августа 2011г. № 21609), согласно приложению.

2. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2012 г.

Врио Министра



В.С.Белов

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

1. В сноске к пункту 1 после слов «ст.6422» дополнить словами «; 2011,
№25, ст.3529.».

2. Пункт 2 дополнить словами «; положение о деятельности Комиссии по
разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования
согласно приложению № 1 к настоящим Правилам».

3. Подпункт 1 пункта 6 дополнить абзацем следующего содержания:
«категория застрахованного лица в соответствии со статьей 10 Федерального
закона;».

4. В пункте 38 слова «В день обращения» заменить словами «Не позднее
одного рабочего дня, следующего за днем обращения».

5. Подпункт 1 пункта 56 дополнить абзацем следующего содержания:
«категория застрахованного лица в соответствии со статьей 10 Федерального
закона;».

6. В пункте 70 слова «приложению №1» заменить словами
«приложению №2».

7. В пункте 88 слова «приложению №2» заменить словами
«приложению №3».

8. Пункт 112 изложить в следующей редакции:

«112. Страховая медицинская организация в соответствии с договором о
финансовом обеспечении представляет в территориальный фонд:

заявку на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской
помощи (далее - Заявка на авансирование);

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.

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

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 указанного объема средств для оплаты медицинской помощи в отчетном месяце, заявка увеличивается в пределах остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды.».

9. Дополнить пунктами 112.1-112.3 следующего содержания:

«112.1. Заявка на получение средств на оплату счетов должна содержать следующие сведения:

- 1) наименование страховой медицинской организации;
- 2) наименование территориального фонда;
- 3) период, на который составляется заявка;
- 4) дату и номер договора о финансовом обеспечении;
- 5) численность застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации, определенная как среднее значение между количеством застрахованных на первое число отчетного месяца и первое число текущего месяца (далее – среднемесячная численность);
- 6) размер финансового обеспечения, утвержденный территориальным фондом по дифференцированным подушевым нормативам;
- 7) размер средств для оплаты медицинской помощи в пределах остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды (заполняется в случае недостатка средств, поступивших по дифференцированным подушевым нормативам);
- 8) дату составления заявки.

Заявка заверяется подписью руководителя и главного бухгалтера страховой медицинской организации и печатью страховой медицинской организации.

112.2. Остаток целевых средств, полученных по заявкам, страховая медицинская организация возвращает в территориальный фонд в течение трех рабочих дней после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц.

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 средств на оплату медицинской помощи над объемом 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 недостатке целевых средств, полученных по заявкам, для оплаты медицинской помощи средства предоставляются из нормированного страхового запаса территориального фонда в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом^{23.1}.

Территориальный фонд ведет учет расходования целевых средств на оплату медицинской помощи каждой страховой медицинской организацией.

В случае наличия по истечении календарного года экономии целевых средств, образовавшейся в результате превышения суммы ежемесячных объемов средств для оплаты медицинской помощи, рассчитанных для страховой медицинской организации исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов, над объемом целевых средств, фактически направленных страховой медицинской организацией на оплату медицинской помощи, с учетом средств, полученных из нормированного страхового запаса территориального фонда, 10 процентов экономии целевых средств предоставляются страховой медицинской организации в сроки, установленные договором о финансовом обеспечении.

112.3. Средства, предназначенные на расходы на ведение дела, представляются страховой медицинской организации в пределах установленного норматива в соответствии с договором о финансовом обеспечении.».

10. В пункте 113 исключить слова «(далее – дифференцированные подушевые нормативы)».

11. Пункт 116 изложить в следующей редакции:

«116. Предварительный объем финансирования каждой страховой медицинской организации (*ФП*) рассчитывается по формуле:

$$\Phi П = \sum D_i \times Ч_i, \text{ где:}$$

D_i ,

- дифференцированный подушевой норматив для *i*-той половозрастной группы застрахованных лиц;

$Ч_i$,

- среднемесячная численность застрахованных лиц в каждой страховой медицинской организации.».

12. Пункт 121 изложить в следующей редакции:

«Территориальный фонд и страховая медицинская организация ежемесячно проводят сверку расчетов, по результатам которой составляют акт сверки расчетов (далее - Акт).

Акт должен содержать следующие сведения:

^{23.1} Приказ Федерального фонда от 1 декабря 2010 г. № 227 «О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Минюстом России 27 января 2011 г., регистрационный №19588)

- 1) наименование территориального фонда;
- 2) наименование страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации);
- 3) дата, по состоянию на которую производится сверка расчетов;
- 4) остаток целевых средств в страховой медицинской организации на начало отчетного периода;
- 5) объем поступивших целевых средств всего, в том числе:
 - а) по дифференцированным подушевым нормативам;
 - б) за счет остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды;
 - в) из средств нормированного страхового запаса;
 - б) объем поступивших средств, предназначенных на расходы на ведение дела страховой медицинской организации;
- 7) средства, поступившие из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- 8) средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц;
- 9) направлено средств на оплату медицинской помощи в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи;
- 10) сформировано собственных средств страховой медицинской организацией, в том числе:
 - а) средства, предназначенные на расходы на ведение дела страховой медицинской организации;
 - б) средства, сформированные по результатам проведения медико-экономической экспертизы;
 - в) средства, сформированные по результатам проведения экспертизы качества медицинской помощи;
 - г) средства, сформированные по результатам уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;
 - д) средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц;
- 11) остаток средств, возвращенный в территориальный фонд;
- 12) остаток целевых средств в страховой медицинской организации на конец отчетного периода.

Акт заверяется подписями руководителя и главного бухгалтера территориального фонда, руководителя и главного бухгалтера страховой медицинской организации и печатями территориального фонда и страховой медицинской организации.».

13. Пункт 122 после слов «подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования» дополнить словами «в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой, а также средства для выплаты вознаграждения медицинской организации за

выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи.».

14. Пункт 123 изложить в следующей редакции:

«123. Оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежит объем предоставления медицинской помощи, установленный на год с поквартальной разбивкой и обоснованной последующей корректировкой, учитывающий:

1) количество прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторную медицинскую помощь, и показателей объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой, с учетом показателей потребления медицинской помощи, видов медицинской помощи, условий предоставления медицинской помощи и врачебных специальностей;

2) показатели объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой, с учетом профилей отделений (коек), врачебных специальностей, видов медицинской помощи и условий ее предоставления медицинскими организациями, не имеющими прикрепленных застрахованных лиц;

3) количество диагностических и (или) консультативных услуг для обеспечения потребности медицинских организаций по выполнению стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания по заболеваниям и состояниям в полном объеме при отсутствии или недостаточности у медицинских организаций данных диагностических и (или) консультативных услуг, в целях учета в договорах с медицинскими организациями, оказывающими только указанные услуги в соответствии с правом на их осуществление;

4) соотношение оказанных объемов предоставления медицинской помощи и оплаченных страховыми медицинскими организациями;

5) территориальную доступность отдельных видов медицинской помощи;

6) необходимость и возможность внедрения и развития новых современных медицинских технологий;

7) наличие ресурсного, в том числе кадрового, обеспечения планируемых объемов предоставления медицинской помощи;

8) права пациента на выбор медицинской организации и врача;

9) возможность достижения оптимальной медицинской, экономической и социальной эффективности использования материально-технических и финансовых ресурсов;

10) возможность достижения социально-значимых показателей деятельности здравоохранения, ориентированных на результат.».

15. Пункт 125 дополнить абзацем следующего содержания:

«При определении ежемесячного объема финансирования конкретной медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь, страховые медицинские организации учитывают численность прикрепившихся застрахованных лиц на основе акта сверки численности по договору на оказание и

оплату медицинской помощи и тарифы, установленные на основе подушевого норматива финансирования.».

16. Пункт 126 дополнить абзацами следующего содержания:

«При оплате амбулаторной медицинской помощи на основе подушевого финансового обеспечения в реестр счетов могут включаться дополнительные сведения в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, применяемыми в субъекте Российской Федерации.

При оказании медицинской помощи лицу, не предъявившему полис в случаях предусмотренных Федеральным законом, медицинская организация направляет ходатайство в территориальный фонд для идентификации лица в регистре застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию. После идентификации застрахованного лица сведения об оказанной медицинской помощи включаются в счет на оплату медицинской помощи.».

17. Дополнить пунктами 130.1 – 130.2 следующего содержания:

«130.1. В случае превышения объема санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, над объемом средств, подлежащим направлению в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи, медицинская организация возвращает в страховую медицинскую организацию средства в объеме указанного превышения.

130.2. В соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает штраф в размере суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.»

18. Дополнить пунктом 131.1 следующего содержания:

«131.1. Территориальный фонд направляет в страховые медицинские организации и медицинские организации средства нормированного страхового запаса в порядке, установленном приказом Федерального фонда от 1 декабря 2010 г. № 227 «О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования», 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.».

19. В пункте 132:

дополнить подпунктом 4 следующего содержания:

«4) сумма средств, удержанных по результатам принятия исполнительными органами Фонда социального страхования решения об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве;»;

подпункт 4 считать подпунктом 5;

дополнить подпунктом 6 следующего содержания:

«6) сумма средств, возвращенная медицинской организацией;»;

подпункт 5 считать подпунктом 7.

20. В пункте 152 исключить слова «и места жительства в субъекте Российской Федерации».

21. Пункт 153 дополнить абзацем следующего содержания:

«При расчете дифференцированного подушевого норматива в субъекте Российской Федерации допустимо использовать распределение численности на половозрастные подгруппы с учетом дифференциации в оказании медицинской помощи.».

22. В пункте 154:

подпункт 1 изложить в следующей редакции:

«1) рассчитываются коэффициенты дифференциации ($KД$,) для каждой половозрастной группы застрахованных лиц на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период (далее - расчетный период), но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период. Для расчета коэффициентов дифференциации:

все лица, застрахованные в субъекте Российской Федерации в расчетном периоде, распределяются на половозрастные группы. К расчету коэффициентов дифференциации принимается численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации, определяемая на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц территориального фонда на первое число первого месяца расчетного периода;

определяются затраты на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам - на основании реестров счетов (с учетом видов и условий оказания медицинской помощи) за расчетный период в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации;

определяется норматив затрат на одно застрахованное лицо (P) в субъекте Российской Федерации (без учета возраста и пола), по формуле:

$P=З/М/Ч$, где:

$З$ - затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;

$М$ - количество месяцев в расчетном периоде;

$Ч$ - численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации;

определяются нормативы затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в i -тый половозрастной интервал (P_i) по формуле:

$$P_i = Z_i / M / Ч_i, \text{ где:}$$

Z_i - затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в i -тый половозрастной интервал за расчетный период;

M - количество месяцев в расчетном периоде;

$Ч_i$ - численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации, попадающего в i -тый половозрастной интервал;

рассчитываются коэффициенты дифференциации $КД_i$ для каждой половозрастной группы по формуле:

$$КД_i = P_i / P_j ;$$

абзац 7 подпункта 2 изложить в следующей редакции:

« $Ч$ – среднемесячная численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации;»;

подпункт 3 изложить в следующей редакции:

«3) рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для половозрастных групп застрахованных лиц с использованием коэффициентов дифференциации по формуле:

$$Д_i = С \times КД_i, \text{ где:}$$

$С$ - среднедушевой норматив финансирования страховой медицинской организации;

$Д_i$ - дифференцированный подушевой норматив для i -той половозрастной группы застрахованных лиц;

$КД_i$ - коэффициент дифференциации для i -той половозрастной группы застрахованных лиц.».

23. В абзаце 5 пункта 171 слова «ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ» заменить словами «идентификационные данные, присвоенные юридическому лицу налоговым органом».

24. Пункты 189 - 197 исключить.

25. Приложение №1 к Правилам изложить в следующей редакции:

«Приложение № 1
к Правилам обязательного
медицинского страхования,
утвержденным приказом
Министерства
здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации
от 28 февраля 2011 г №158н

Положение о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования

1. Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования создается в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

2. Комиссия в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации и другими нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования Российской Федерации и субъекта Российской Федерации, а также настоящими Правилами.

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 профессиональных союзов или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации.

4. Комиссия:

- 1) разрабатывает проект территориальной программы;
- 2) распределяет объемы предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями;
- 3) осуществляет рассмотрение тарифов;
- 4) устанавливает иные сроки подачи медицинскими организациями уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования для вновь создаваемых медицинских организаций;
- 5) определяет порядок представления информации членами Комиссии.

5. Для рассмотрения отдельных вопросов и подготовки необходимых предложений, оперативной корректировки объемов предоставления медицинской помощи, распределенных между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, при Комиссии могут

создаваться рабочие группы, состоящие из членов Комиссии и иных лиц, привлеченных к ее работе.

6. Комиссия в целях разработки проекта территориальной программы на заседаниях:

1) рассматривает предложения по видам медицинской помощи, перечню заболеваний, порядку и условиям предоставления медицинской помощи, включая сроки ожидания медицинской помощи, значениям нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо с учетом объемов медицинской помощи, оказываемых застрахованным лицам медицинскими организациями в других субъектах Российской Федерации, нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативам финансового обеспечения территориальной программы в расчете на одно застрахованное лицо, способам оплаты медицинской помощи и тарифам в соответствии с требованиями, установленными базовой программой и в дополнение к базовой программе;

2) рассматривает информацию территориального фонда о численности застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации в разрезе половозрастных групп на основе регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, реестре страховых медицинских организаций и реестре медицинских организаций;

3) рассматривает предложения страховых медицинских организаций по способам оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, тарифам, показателям доступности и качества медицинской помощи;

4) осуществляет подготовку предложений по:

перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания медицинской помощи;

целевым значениям критериев доступности и качества медицинской помощи;

перечню направлений использования средств обязательного медицинского страхования при установлении дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой;

5) анализирует соответствие показателей объемов предоставления медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных территориальной программой и базовой программой.

При разработке территориальной программы Комиссией учитываются стандарты медицинской помощи, особенности половозрастного состава застрахованных лиц, уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации по данным медицинской статистики, климатические, географические особенности субъекта Российской Федерации, транспортная доступность медицинских организаций, сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения.

7. Подготовленный проект территориальной программы Комиссия представляет органу государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан.

8. Комиссия на заседаниях по представленным секретарем Комиссии предложениям, поступившим от органа государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, территориального фонда, распределяет объемы медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, имеющими право на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации, на основе установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи по видам медицинской помощи, условиям предоставления медицинской помощи, в разрезе профилей отделений (коек), врачебных специальностей, с учетом показателей потребления медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, численности и половозрастной структуры застрахованных лиц.

9. О принятых решениях по распределению объемов предоставления медицинской помощи и финансовых средств между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями Комиссия информирует территориальный фонд, орган государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, страховые медицинские организации и медицинские организации.

10. Персональный состав Комиссии утверждается нормативным правовым актом высшего органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

11. Председателем Комиссии является представитель органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченный высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации.

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.

13. Заседания Комиссии проводятся по необходимости, но не реже одного раза в квартал.

14. Решения Комиссии считаются правомочными, если в заседании принимало участие более двух третей членов Комиссии. Решение принимается простым большинством голосов от количества присутствующих на заседании

членов Комиссии. В случае равенства голосов голос председателя Комиссии является решающим.

15. Решения Комиссии оформляются протоколом, который подписывается председательствующим и членами Комиссии и доводится до сведения территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций. Решения, принимаемые Комиссией в соответствии с ее компетенцией, являются обязательными для всех участников обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации.».

26. Приложения №1 и №2 к Правилам считать приложениями №2 и №3 соответственно.