

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

Высшим исполнительным
органам государственной
власти субъектов
Российской Федерации

МИНИСТР

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994,
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

13.01.2021 № 11-8/И/1-159
На № _____ от _____

Министерство здравоохранения Российской Федерации в соответствии с поручением Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой от 15.12.2020 № ТГ-П12-16625 направляет на согласование проект поправок Правительства Российской Федерации к проекту федерального закона № 875655-7 «О внесении изменений в статью 32 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Приложение: на 17 л. в 1 экз.

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

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 01D6DF4A4A5D97F00000000C900060002
Кому выдан: Мурашко Михаил Альбертович
Действителен: с 31.12.2020 до 31.12.2021

М.А. Мурашко

Зилинский Андрей Олегович
(495) 627-24-00 доб. 11-82

Проект

Государственная Дума
Федерального Собрания
Российской Федерации

ПОПРАВКИ

к проекту федерального закона № 875655-7 «О внесении изменений в статью 32 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», внесенному Правительством Российской Федерации, принятому Государственной Думой Федерального Собрания Российской Федерации в первом чтении 20 февраля 2020 года

Правительство Российской Федерации предлагает внести в проект федерального закона следующие поправки:

1. Наименование изложить в следующей редакции:

«О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации»;

2. Статью 1 считать статьей 2 и изложить в следующей редакции:

«Статья 2

Внести в Закон Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 2, ст. 56; Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 1, ст. 4; 2002, № 12, ст. 1093; 2003, № 50, ст. 4858; 2005, № 10, ст. 760; 2007, № 49, ст. 6048; 2010, № 17, ст. 1988; № 31, ст. 4195; 2011, № 49, ст. 7040; 2013, № 30, ст. 4067; 2014, № 30, ст. 4224; 2016, № 22, ст. 3094; 2017, № 31, ст. 4830; 2018, № 31, ст. 4840) следующие изменения:

1) в абзаце третьем пункта 2 статьи 6 слова «страховой медицинской организации» заменить словами «страховой организации»;

2) в статье 32:

а) в подпункте 7 пункта 3 слова «страховой медицинской организации» заменить словами «страховой организации»;

б) пункт 14 дополнить подпунктом 12.1 следующего содержания:

«12.1) наименования субъектов Российской Федерации, на территориях которых страховая организация, осуществляющая обязательное медицинское страхование, вправе осуществлять свою деятельность;».

3. Статью 2 считать статьей 1 и изложить ее в следующей редакции:

«Статья 1

Внести в Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 49, ст. 7047; 2012, № 49, ст. 6758; 2013, № 27, ст. 3477; № 30, ст. 4084; № 48, ст. 6165; 2014, № 49, ст. 6927; 2016, № 1, ст. 52; № 27, ст. 4183, 4219; 2018, № 31, ст. 4857; Официальный интернет-портал правовой информации, 08.12.2020) следующие изменения:

1) в статье 14:

а) часть 1 изложить в следующей редакции:

«1. Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее - страховая медицинская организация), - страховая организация, имеющая лицензию, выданную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Страховая медицинская организация осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с настоящим Федеральным законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным в соответствии со статьей 38 настоящего Федерального закона (далее – договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования).»;

б) часть 7 изложить в следующей редакции:

«7. Страховые медицинские организации осуществляют свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенного в соответствии со статьей 39 настоящего Федерального закона (далее – договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию).»;

в) дополнить частями 9¹ и 9² следующего содержания:

«9¹. Страховая медицинская организация должна иметь в каждом субъекте Российской Федерации своего представителя, уполномоченного на обеспечение защиты прав застрахованных лиц, которым этой страховой медицинской организацией выдан полис обязательного медицинского страхования, при получении медицинской помощи за пределами субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования (далее – представитель страховой медицинской организации). Представителем страховой медицинской организации в субъекте Российской Федерации является представитель страховой медицинской организации, осуществляющий деятельность в субъекте Российской Федерации.»

Федерации является обособленное подразделение страховой медицинской организации в субъекте Российской Федерации или другая уполномоченная страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории данного субъекта Российской Федерации.

9². Сведения о месте нахождения и об адресе представителей страховой медицинской организации, средствах связи с ними и о времени их работы публикуются на официальных сайтах в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» страховой медицинской организации и территориального фонда субъекта Российской Федерации, на территории которого действует представитель страховой медицинской организации, в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования.»;

г) часть 10 изложить в следующей редакции:

«10. Страховая медицинская организация включается в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее также - реестр страховых медицинских организаций), на основании уведомления, в том числе содержащего сведения о представителях страховой медицинской организации, направляемого ею в территориальный фонд до 1 октября года, предшествующего году, в котором страховая медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

В реестре страховых медицинских организаций отражаются в том числе сведения о заключении со страховой медицинской организацией договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, прекращении или досрочном расторжении указанного договора, приостановлении или прекращении действия лицензии страховой медицинской организации, ликвидации страховой медицинской организации, намерениях страховой медицинской организации расторгнуть договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Порядок ведения, форма и состав сведений реестра страховых медицинских организаций устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования. Страховая медицинская организация исключается из реестра страховых медицинских организаций территориальным фондом не позднее следующего рабочего дня после дня расторжения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.»;

д) дополнить частью 12 следующего содержания:

«12. Представители страховой медицинской организации в целях осуществления защиты прав застрахованных лиц:

1) рассматривают обращения застрахованных лиц по вопросам, связанным с оказанием (отказом в оказании) медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования;

2) организуют проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования по обращениям застрахованных лиц с жалобами на доступность и качество медицинской помощи, оказанной вне территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования;

3) содействуют застрахованным лицам в предъявлении претензий к медицинским организациям в связи с отказом в оказании медицинской помощи или некачественным оказанием медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования вне территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, и неправомерным взиманием денежных средств за указанную медицинскую помощь;

4) осуществляют иные полномочия в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации.»;

2) в статье 15:

а) часть 2 изложить в следующей редакции:

«2. Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования (далее также - реестр медицинских организаций) на основании заявления, направляемого ею в территориальный фонд соответствующего субъекта Российской Федерации, на территории которого медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и (или) на территории которого расположена медицинская организация, до 1 октября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, при ее соответствии критериям отбора, определяемым Правительством Российской Федерации. Территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации в принятии и рассмотрении заявления медицинской организации на включение в реестр медицинских организаций. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации могут быть установлены иные сроки подачи заявления вновь создаваемыми медицинскими организациями.

Форма заявления на включение медицинской организации в реестр медицинских организаций, порядок направления и рассмотрения указанного

заявления, а также порядок исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций устанавливаются Федеральным фондом. Информация о сроках подачи заявления на включение медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, размещается территориальным фондом на своем официальном сайте в сети «Интернет».»;

б) часть 2¹ изложить в следующей редакции:

«2¹. В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, высшее должностное лицо субъекта Российской Федерации (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) вправе установить срок подачи заявления о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, отличный от предусмотренного частью 2 настоящей статьи. Информация о сроках подачи указанного заявления размещается территориальным фондом на своем официальном сайте в сети «Интернет».»;

в) часть 3 изложить в следующей редакции:

«3. Реестр медицинских организаций содержит в том числе наименования, сведения о местах нахождения медицинских организаций и их филиалов (представительств), перечне медицинской помощи, оказываемой данными медицинскими организациями в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, объеме предоставления и финансового обеспечения такой медицинской помощи, распределенном указанной медицинской организации решениями комиссии субъекта Российской Федерации, указанной в части 9 статьи 36 настоящего Федерального закона. Порядок ведения, состав сведений, включаемых в реестр медицинских организаций, устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования. Реестр медицинских организаций ведется территориальным фондом, размещается в обязательном порядке на его официальном сайте в сети «Интернет», а также может быть дополнительно опубликован иными способами.»;

г) часть 4 изложить в следующей редакции:

«4. Медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, за исключением случаев ликвидации медицинской организации, утраты права на осуществление медицинской деятельности, банкротства или иных предусмотренных законодательством

Российской Федерации случаев. Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, направившая в территориальный фонд заявление об исключении из реестра медицинских организаций до заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, исключается из реестра медицинских организаций на следующий рабочий день после дня получения указанного заявления.»;

3) в статье 16:

а) пункт 10 части 1 дополнить словами «, в том числе при получении медицинской помощи за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования»;

б) пункт 2 части 2 после слов «подать в страховую медицинскую организацию» дополнить словами «по месту жительства»;

в) часть 3 изложить в следующей редакции:

«3. Обязательное медицинское страхование ребенка со дня рождения и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем. Для детей со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения, для которых одним из его родителей или другим законным представителем не выбрана страховая медицинская организация, обязательное медицинское страхование со дня государственной регистрации его рождения и до выбора страховой медицинской организации осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители, а в случаях, если мать и другие законные представители ребенка относятся к лицам, указанным в части 1 статьи 49¹ настоящего Федерального закона, обязательное медицинское страхование указанного ребенка со дня государственной регистрации его рождения и до выбора страховой медицинской организации осуществляется территориальным фондом.»;

4) в части 2 статьи 20:

в пункте 3 после слов «предоставлять страховым медицинским организациям» дополнить словами «и представителям страховых медицинских организаций»;

пункт 5 признать утратившим силу;

в пункте 7 после слов «предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям» дополнить словами «, представителям страховых медицинских организаций»;

5) в статье 30:

а) часть 4 изложить в следующей редакции:

«4. Расходы, включаемые в тариф на оплату медицинской помощи, и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются в соответствии с настоящим Федеральным законом.»;

б) дополнить частью 4¹ следующего содержания:

«4¹. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя базовую ставку (базовую стоимость единицы объема медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской организации) и коэффициенты, учитывающие в том числе виды, условия оказания медицинской помощи, заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний). Перечень коэффициентов, порядок определения их значений, в том числе предельные значения коэффициентов, изменения и применения коэффициентов при расчете тарифа устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования. Виды, условия оказания медицинской помощи, заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), учитываемые при определении коэффициентов, определяются базовой программой обязательного медицинского страхования.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации – городов федерального значения вправе устанавливать особенности применения структуры тарифа на оплату медицинской помощи, утвержденной в абзаце первом настоящей статьи, а также могут использовать отличные от определенных в базовой программе обязательного медицинского страхования заболевания и состояния (группы заболеваний и состояний).»;

б) в части 8 статьи 33:

а) пункт 9 изложить в следующей редакции:

«9) ведет в соответствии с порядком, установленным правилами обязательного медицинского страхования, единый реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и обеспечивает в установленном им порядке представление содержащихся в нем сведений физическим и юридическим лицам, органам государственной власти, муниципальным органам, органу страхового надзора.»;

б) пункт 12 изложить в следующей редакции:

«12) ведет единый регистр застрахованных лиц в соответствии с порядком, установленным правилами обязательного медицинского страхования.»;

в) дополнить пунктом 14¹ следующего содержания:

«14¹) осуществляет в установленном им порядке мониторинг деятельности страховых медицинских организаций, устанавливает порядок и сроки предоставления субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования сведений, необходимых

для проведения указанного мониторинга, порядок расчета показателей оценки деятельности страховых медицинских организаций, а также размещает результаты указанного мониторинга на своем официальном сайте в сети «Интернет»»;

7) в части 8 статьи 34 после слов «в объеме, установленном» дополнить словами «территориальной программой обязательного медицинского страхования в пределах», слова «базовой программой» заменить словами «базовой программы»;

8) в статье 35:

а) в части 2 слова «структуру тарифа на оплату медицинской помощи» заменить словами «расходы, включаемые в тариф на оплату медицинской помощи, перечень направлений расходования средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения»;

б) в части 7 слова «структура тарифа» заменить словом «тариф», слово «ста» заменить словом «трехсот»;

в) в части 8 слова «дополнительные элементы структуры тарифа» заменить словами «перечень дополнительных расходов, включаемых в тариф»;

9) в статье 36:

а) в части 6 слова «структуру тарифа на оплату медицинской помощи, содержит» заменить словами «расходы, включаемые в тариф на оплату медицинской помощи, содержит отдельные сведения о медицинских организациях, включенных в»;

б) в части 8 слова «структуру тарифа на оплату медицинской помощи, реестр медицинских организаций» заменить словами «расходы, включаемые в тариф на оплату медицинской помощи, сведения о медицинских организациях, содержащиеся в реестре медицинских организаций»;

10) в статье 38:

а) в части 2:

пункт 7 изложить в следующей редакции:

«7) сбор, обработка данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечение их сохранности и конфиденциальности, осуществление обмена указанными сведениями между субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящим Федеральным законом и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, установленным в соответствии с пунктом 8 части 8 статьи 33 настоящего Федерального закона»;

дополнить пунктом 9¹ следующего содержания:

«9¹) представление и защиту интересов обратившихся к ней застрахованных лиц в судах, органах государственной власти и органах местного самоуправления, иных органах и организациях по вопросам оказания застрахованным лицам медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, в том числе составление от их имени заявлений, жалоб, ходатайств и других документов правового характера;»;

дополнить пунктом 14¹ следующего содержания:

«14¹) выполнение значений целевых показателей оценки деятельности страховых медицинских организаций, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в форме типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (далее – целевые показатели оценки деятельности страховых медицинских организаций)»;

б) часть 4 дополнить пунктом 4¹ следующего содержания:

«4¹) осуществление ежеквартальной оценки достижения страховой медицинской организацией значений целевых показателей оценки деятельности страховых медицинских организаций;»;

в) часть 13 дополнить абзацем следующего содержания:

«За невыполнение условий договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в части выполнения значений целевых показателей оценки деятельности страховых медицинских организаций, установленных в соответствии с пунктом 14¹ части 2 настоящей статьи, страховая медицинская организация обязана уплатить территориальному фонду штраф в размере до 10 процентов от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию страховой медицинской организации за период, в течение которого установлены данные нарушения. Порядок определения размера штрафа определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в форме типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.»;

г) часть 14 изложить в следующей редакции:

«14. В случае выявления нарушений договорных обязательств, за исключением указанных в части 13 настоящей статьи, территориальный фонд при возмещении страховой медицинской организации затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств. Перечень нарушений договорных обязательств страховой медицинской организацией и перечень санкций за нарушение указанных обязательств устанавливаются договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.»;

11) в статье 39:

а) в пункте 1 части 4 после слова «предоставление» дополнить словами «, в том числе представителям страховых медицинских организаций, осуществляющим защиту прав застрахованных лиц в соответствии с частью 12 статьи 14 настоящего Федерального закона,»;

б) в части 5 слова «отказать в заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинской организации» заменить словами «отказаться от заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с медицинской организацией»;

в) в части 7 после слов «медицинская организация» дополнить словами «, территориальный фонд»;

г) в части 9 слова «не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» заменить словами «медицинской организацией государственной системы здравоохранения или муниципальной системы здравоохранения средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, не в соответствии с перечнем направлений расходования средств обязательного медицинского страхования, установленных в базовой программе обязательного медицинского страхования в соответствии с частью 1 статьи 35 настоящего Федерального закона»;

д) дополнить частью 9¹ следующего содержания:

«9¹. В случае выявления нарушений договорных обязательств, за исключением указанных в части 8 настоящей статьи, страховая медицинская организация при оплате медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств. Перечень нарушений договорных обязательств медицинской организацией и перечень санкций за нарушение указанных обязательств устанавливается договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.»;

е) часть 10 изложить в следующей редакции:

«10. При ликвидации медицинской организации, утрате медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности, признании медицинской организации несостоятельной (банкротом) договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию считается расторгнутым с момента соответственно отражения в едином государственном реестре юридических лиц записи о том, что юридическое лицо находится в процессе ликвидации, приостановления или прекращения действия лицензии медицинской организации, признания в соответствии с

законодательством Российской Федерации медицинской организации несостоятельной (банкротом).»;

12) в части 2 статьи 45 слова «Единые требования» заменить словом «Требования»;

13) статью 46 дополнить частью 3 следующего содержания:

«3. Особенности оформления и выдачи полиса обязательного медицинского страхования в цифровой форме устанавливаются Правительством Российской Федерации.».

4. Статью 3 изложить в следующей редакции:

«Статья 3

Пункт 3 статьи 44¹ Федерального закона от 7 июля 2003 года № 126-ФЗ «О связи» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, № 28, ст. 2895; 2014, № 30, ст. 4273; 2015, № 29, ст. 4342) дополнить словами «, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, при информировании ими застрахованных лиц в соответствии с законодательством в сфере обязательного медицинского страхования.».

5. Дополнить статьями 4-6 следующего содержания:

«Статья 4

Статью 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2019, № 10, ст. 888) дополнить частью 6 следующего содержания:

«6. Споры между пациентами и медицинскими организациями, возникающие из правоотношений, связанных с оказанием медицинской помощи, в том числе в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, могут быть урегулированы путем применения процедуры медиации в соответствии с Федеральным законом «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации).».

Статья 5

Внести в статью 2 Федерального закона от 29 июля 2018 года № 251-ФЗ «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2018, № 31, ст. 4840) следующие изменения:

1) в части 4:

а) в пункте 2 цифры «2021» заменить цифрами «2022»;

б) в пункте 3 цифры «2022» заменить цифрами «2023»;

2) в части 5:

а) в пункте 2 цифры «2021» заменить цифрами «2022»;

- б) в пункте 3 цифры «2022» заменить цифрами «2023»;
- 3) в части 6:
 - а) в пункте 2 цифры «2021» заменить цифрами «2022»;
 - б) в пункте 3 цифры «2022» заменить цифрами «2023».

Статья 6

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2022 года, за исключением положений, для которых настоящей статьей установлен иной срок вступления их в силу.

2. Пункты 12 и 14 статьи 1, статьи 3 и 5 настоящего Федерального закона вступают в силу со дня официального опубликования настоящего Федерального закона.

3. Действие подпункта «г» пункта 1, пунктов 2, 5, 8 и 9 статьи 1 настоящего Федерального закона распространяется на правоотношения, возникающие в процессе формирования базовой программы обязательного медицинского страхования, территориальных программ обязательного медицинского страхования, формирования и установления тарифов на оплату медицинской помощи на 2022 год и последующие годы.».

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

к проекту федерального закона № 875655-7 «О внесении изменений в статью 32 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (новое наименование: «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации»)

Проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» (далее – законопроект) разработан в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» и направлен на совершенствование процедур вхождения в систему обязательного медицинского страхования и взаимодействия ее участников, защиты прав застрахованных лиц, внедрение единой тарифной политики на территории всех субъектов Российской Федерации, оптимизации процедур оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования.

Проект федерального закона направлен также на достижение результатов федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение», предусматривающего разработку и внесение изменений в законодательство об обязательном медицинском страховании об открытии всеми страховыми медицинскими организациями офисов (представительств) по защите прав застрахованных в каждом субъекте Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи по программам ОМС и предоставлении права организации и проведения контрольно-экспертных мероприятий экстерриториально, в том числе с применением процедуры медиации (внесудебному урегулированию) при нарушении прав застрахованных лиц.

Законопроект предусматривает внесение изменений в федеральные законы от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском

страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ), от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ), от 7 июля 2003 г. № 126-ФЗ «О связи», от 29 июля 2018 г. № 251-ФЗ «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации». Закон Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Законопроект предусматривает дополнение Федерального закона № 326-ФЗ положениями о том, что страховые медицинские организации для обеспечения защиты прав застрахованных лиц при получении медицинской помощи за пределами субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, должны иметь в каждом субъекте Российской Федерации своего представителя. Представителем страховой медицинской организации в субъекте Российской Федерации является обособленное подразделение страховой медицинской организации в субъекте Российской Федерации или другая уполномоченная страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории данного субъекта Российской Федерации.

Законопроектом предусматриваются также следующие изменения в Федеральный закон № 326-ФЗ:

изменение формы вхождения медицинских организаций в систему обязательного медицинского страхования с уведомительной на заявительную с определением Правительством Российской Федерации критериев отбора;

определение права Правительства Российской Федерации устанавливать особенности порядка оформления и выдачи полисов обязательного медицинского страхования в цифровой форме;

приведения к общеупотребимым в законодательстве Российской Федерации значениям понятия «структура тарифа на оплату медицинской помощи» и определение ее составляющих (базовая ставка и коэффициенты);

установление полномочия Министерства здравоохранения Российской Федерации на определение в правилах обязательного медицинского страхования перечня коэффициентов, порядка определения их значений, в том числе предельных значений коэффициентов, изменения и применения коэффициентов при расчете тарифа;

изменения размера расходов на основные средства, включаемые в тариф на оплату медицинской помощи, со ста до трехсот тысяч рублей;

исключение целевого характера использования средств обязательного медицинского характера для частных медицинских организаций, а также замена установленного ранее целевого характера использования средств обязательного медицинского страхования для медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения на регламентацию в базовой программе обязательного медицинского страхования возможных направлений расходования ими средств обязательного медицинского страхования.

Законопроектом в Федеральном законе № 326-ФЗ предлагается установить, что обязательное медицинское страхование ребенка со дня рождения и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем. Для детей со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения, для которых одним из его родителей или другим законным представителем не выбрана страховая медицинская организация, обязательное медицинское страхование со дня его рождения и до выбора страховой медицинской организации осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители, а в случаях, если мать и другие законные

представители ребенка относятся к лицам, указанным в части 1 статьи 49¹ Федерального закона № 326-ФЗ, обязательное медицинское страхование указанного ребенка со дня государственной регистрации его рождения и до выбора страховой медицинской организации осуществляется территориальным фондом.

Законопроект также предусматривается дополнение Федерального закона № 323-ФЗ положением о том, что споры между пациентами и медицинскими организациями, возникающие из правоотношений, связанных с оказанием медицинской помощи, в том числе в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, могут быть урегулированы путем применения процедуры медиации в соответствии с Федеральным законом «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)».

Внесение вышеуказанных изменений будет способствовать формированию единой системы учета направлений с организацией доступа к ней всех участников системы обязательного медицинского страхования.

Предусмотренные законопроектом изменения направлены на повышение эффективности использования средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями, защиту прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования.

Законопроект не предусматривает установления дополнительных обязательных требований, оценка соблюдения которых осуществляется в рамках государственного контроля (надзора), муниципального контроля, при рассмотрении дел об административных правонарушениях, или обязательных требований, соответствие которым проверяется при выдаче соискателю лицензий на осуществление деятельности по обязательному медицинскому страхованию.

Законопроект соответствует положениям Договора о Евразийском экономическом союзе, а также положениям иных международных договоров Российской Федерации.

Законопроект не повлечет негативных социально-экономических, финансовых и иных последствий, в том числе для субъектов предпринимательской и иной экономической деятельности.

Принятие законопроекта не приведет к увеличению расходных обязательств по существующим видам расходных обязательств или введению новых видов расходных обязательств, в связи с чем не потребует дополнительных расходов бюджетов бюджетной системы Российской Федерации.