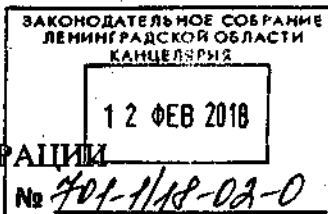


ГОСУДАРСТВЕННАЯ ДУМА
ФЕДЕРАЛЬНОГО СОБРАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
СЕДЬМОГО СОЗЫВА



**ВЫПИСКА ИЗ ПРОТОКОЛА от 06.02.2018 № 98
ЗАСЕДАНИЯ СОВЕТА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДУМЫ**

" 06 " февраля 2018 г.

78. О проекте федерального закона № 273375-7 "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования" - вносят депутаты Государственной Думы И.И.Мельников, Н.В.Коломейцев, Н.И.Осадчий, А.В.Куриный, Т.В.Плетнева, М.В.Шапов, В.Ф.Рашкин, А.А.Пономарев, Н.Н.Езерский, В.Н.Блоцкий, Ю.В.Афонин, В.А.Ганзя

Принято решение:

1. Направить указанный проект федерального закона Президенту Российской Федерации, в комитеты, комиссию Государственной Думы, фракции в Государственной Думе, Совет Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, Правительство Российской Федерации, Счетную палату Российской Федерации, Общественную палату Российской Федерации, законодательные (представительные) и высшие исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации для подготовки отзывов, предложений и замечаний, а также на заключение в Правовое управление Аппарата Государственной Думы.

Назначить ответственным в работе над проектом федерального закона Комитет Государственной Думы по охране здоровья.

Отзывы, предложения и замечания направить в Комитет Государственной Думы по охране здоровья до 11 марта 2018 года.

2. Комитету Государственной Думы по охране здоровья с учетом поступивших отзывов, предложений и замечаний подготовить указанный проект федерального закона к рассмотрению Государственной Думой.

3. Включить указанный проект федерального закона в примерную программу законопроектной работы Государственной Думы в период весенней сессии 2018 года (апрель).

Председатель Государственной Думы
Федерального Собрания
Российской Федерации



В.В.Володин

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ДУМА
ФЕДЕРАЛЬНОГО СОБРАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
СЕДЬМОГО СОЗЫВА

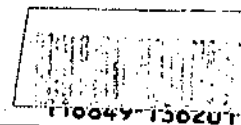
ДЕПУТАТ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДУМЫ

20 12 2017г.

№ _____

Председателю
Государственной Думы
Федерального Собрания
Российской Федерации

В.В.ВОЛОДИНУ



Уважаемый Вячеслав Викторович!

Государственная Дума ФС РФ
Дата 20.12.2017
№346284-7; 1.1

В соответствии со статьей статьи 104 Конституции Российской Федерации вносится на рассмотрение Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации в качестве законодательной инициативы доработанный проект федерального закона №273375-7 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования», подготовленный депутатами Государственной Думы И.И.Мельниковым, Н.В.Коломейцевым, Н.И.Осадчим, А.В.Куринным, Т.В.Плетневой, М.В.Щаповым, В.Ф.Рапкиным, А.А.Пономаревым, Н.Н.Езерским, В.Н.Блоцким, Ю.В.Афониным и В.А.Ганзя.

Приложение:

1. Проект Федерального закона на 28 л. в 1 экз.
2. Пояснительная записка на 6 л. в 1 экз.
3. Финансово-экономическое обоснование на 2 л. в 1 экз.
4. Перечень актов федерального законодательства, подлежащих признанию утратившими силу, приостановлению, изменению, дополнению или принятию в связи с принятием данного закона на 1 л. в 1 экз.
5. Копии текста законопроекта и материалов к нему на магнитном носителе, 1 диск CD-RW.

Депутат Государственной Думы

№ 3.4. *Н.В. Коломейцев* 6.349

22 DEC 2017

Н.В.Коломейцев

19890

Исполнитель:
Чумаков А.А.

Вносится депутатами
Государственной Думы
И.И.Мельниковым, Н.В.Коломейцевым,
Н.И.Осадчим, А.В.Куринным,
Т.В.Плетневой, М.В.Щаповым,
В.Ф.Рашкиным, А.А.Пономаревым,
Н.Н.Езерским, В.Н.Блоцким,
Ю.В.Афониным, В.А.Ганзя

Проект № 243345-7

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования

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, № 31, ст. 4322; № 49, ст. 6758; 2013, № 7, ст. 606; № 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; 2014, № 11, ст. 1098; № 28, ст. 3851; № 30, ст. 4269; № 49, ст. 6927; 2015, № 51, ст. 7245; 2016, № 1, ст. 52; № 27, ст. 4183, 4219; 2017, № 31, ст. 12, 13, 14, 34) следующие изменения:

- 1) в части 2 статьи 9 исключить пункт 2;
- 2) статью 13 дополнить частями 5-9 следующего содержания:

«5. Территориальные фонды ведут отдельный учет доходов и расходов по операциям со средствами обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных нормативными актами Банка России, и Федерального фонда, в пределах своей компетенции.

6. Территориальные фонды ведут отдельный учет собственных средств и средств обязательного медицинского страхования, предназначенных для оплаты медицинской помощи.

7. Средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в территориальные фонды, являются средствами целевого финансирования (далее - целевые средства). Для осуществления операций с целевыми средствами территориальные фонды открывают отдельные банковские счета в кредитных организациях, соответствующих требованиям, которые устанавливаются Правительством Российской Федерации.

8. Территориальный фонд направляет медицинской организации целевые средства на оплату медицинской помощи в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования.

9. Территориальные фонды осуществляют следующую работу с застрахованными лицами:

1) в течение трех рабочих дней с даты постановки застрахованного лица на учет в системе обязательного медицинского страхования информируют данное застрахованное лицо в письменной форме о факте страхования и необходимости получения полиса обязательного медицинского страхования;

2) обеспечивают выдачу застрахованному лицу полиса обязательного медицинского страхования в порядке, установленном статьей 46 настоящего Федерального закона;

3) предоставляют застрахованному лицу информацию о его правах и обязанностях.»;

3) статью 14 исключить;

4) части 5 и 6 статьи 15 изложить в следующей редакции:

«5. Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и не

вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

6. Медицинские организации ведут отдельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования.»;

5) в статье 16:

а) пункт 2 части 1 изложить в следующей редакции:

«2) выбор медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;»;

б) пункт 3 части 1 исключить;

«3) замену медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;»;

в) в пункте 6 части 1 исключить слова «страховой медицинской организации»;

г) пункт 8 части 1 исключить;

изложить в следующей редакции:

д) пункт 2 части 2 изложить в следующей редакции:

«2) подать в территориальный фонд лично или через своего представителя заявление о выборе медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;»;

е) пункт 3 части 2 изложить в следующей редакции:

«3) уведомить территориальный фонд об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;»;

ж) пункт 4 части 2 изложить в следующей редакции:

«4) осуществить выбор медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства.»;

з) часть 3 изложить в следующей редакции:

«3. Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения осуществляется территориальным фондом, в котором застрахованы их матери или другие законные представители. По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме обязательное медицинское страхование осуществляется территориальным фондом, выбранным одним из его родителей или другим законным представителем.»;

и) часть 4 изложить в следующей редакции:

«4. Выбор или замена медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме - его родителями или другими законными представителями), путем подачи заявления в территориальный фонд.»;

к) часть 5 изложить в следующей редакции:

«5. Для выбора или замены медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя обращается с заявлением о выборе (замене) медицинской организации непосредственно в территориальный фонд или в медицинскую организацию в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования. На основании указанного заявления застрахованному лицу или его представителю выдается полис обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования. Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе (замене) медицинской организации, такое лицо считается застрахованным в медицинской

организации, в которой он был застрахован ранее, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 4 части 2 настоящей статьи.»;

л) часть 6 изложить в следующей редакции:

«6. Сведения о гражданах, не обратившихся в территориальный фонд за выдачей им полисов обязательного медицинского страхования, а также не осуществивших замену медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии медицинской организации, ежемесячно до 10-го числа направляются территориальным фондом в медицинские организации, 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 медицинскую организацию, а также не осуществивших замену медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии медицинской организации, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным.».

б) статью 19 исключить;

7) в статье 20:

а) в пункте 1 части 1 слова «на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи» исключить;

б) пункт 2 части 1 изложить в следующей редакции:

«2) обжаловать заключения территориального фонда, экспертной организации или территориального органа федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со статьей 42 настоящего Федерального закона.»;

в) пункт 3 части 2 изложить в следующей редакции:

«3) предоставлять территориальному фонду и территориальным органам федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения, сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;»;

г) пункт 7 части 2 изложить в следующей редакции:

«7) предоставлять застрахованным лицам, территориальному фонду и территориальному органу федерального органа исполнительной власти, осуществляющему функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, а также показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной программе обязательного медицинского страхования;»;

8) в статье 26:

а) в пункте 4 части 5 слова «страховыми медицинскими организациями» исключить;

б) часть 6.3 изложить в следующей редакции:

«6.3. Объем средств нормированного страхового запаса территориального фонда на финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования определяется как сумма:

1) средств от применения территориальным фондом к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи:

а) средств по результатам проведения медико-экономического контроля;

б) средств, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими

организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

в) средств, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

г) средств, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

2) средств, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в соответствии со статьей 31 настоящего Федерального закона, в части сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.»;

9) статью 28 исключить;

10) в статье 30:

а) в части 2 исключить слова: «страховыми медицинскими организациями»;

б) часть 3 изложить в следующей редакции:

«3. Тарифы на оплату медицинской помощи застрахованным лицам медицинскими организациями являются едиными для всех медицинских организаций, находящихся на территории субъекта Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также в случаях, установленных настоящим Федеральным законом, - в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.»;

11) в статье 31:

а) часть 1 изложить в следующей редакции:

«1. Расходы, осуществленные в соответствии с настоящим Федеральным законом территориальным фондом, на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью (за исключением расходов на оплату лечения застрахованного лица

непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве) подлежат возмещению лицом, причинившим вред здоровью застрахованного лица.»;

б) часть 2 изложить в следующей редакции:

«2. Предъявление претензии или иска к лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи территориальным фондом осуществляется на основании результатов проведения экспертизы качества медицинской помощи, оформленных соответствующим актом.»;

в) часть 3 изложить в следующей редакции:

«3. Размер расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью определяется территориальным фондом на основании реестров счетов и счетов медицинской организации.»;

г) часть 4 изложить в следующей редакции:

«4. Территориальный фонд в дополнение к требованиям, предусмотренным частями 1 и 2 настоящей статьи, вправе предъявить лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, требование о возмещении своих расходов на проведение дополнительной экспертизы по установлению факта причинения вреда здоровью застрахованного лица, оформление необходимой документации, а также о возмещении судебных издержек.»;

д) часть 5 изложить в следующей редакции:

«5. Иск о возмещении расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью и связанных с ними расходов территориального фонда предъявляется в порядке гражданского судопроизводства.»;

12) часть 3 статьи 32 изложить в следующей редакции:

«3. Территориальный фонд направляет сведения, указанные в части 2 настоящей статьи, другим территориальным фондам в порядке,

установленном правилами обязательного медицинского страхования.»;

13) в статье 33 исключить пункт 9 части 8;

14) в статье 34:

а) пункт 6 части 7 изложить в следующей редакции:

«6) утверждает дифференцированные подушевые нормативы в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования.»;

б) пункт 7 части 7 изложить в следующей редакции:

«7) предъявляет в интересах застрахованного лица требования к страхователю и медицинской организации, в том числе в судебном порядке, связанные с защитой его прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.»;

в) пункт 12 части 7 изложить в следующей редакции:

«12) осуществляет контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями, в том числе проводит проверки и ревизии.»;

г) пункт 14 части 7 исключить;

15) в статье 36:

а) в части 9 слова «страховых медицинских организаций» исключить;

б) в части 10 слова «страховых медицинских организаций и» исключить;

16) название Главы 8 изложить в следующей редакции:

«Глава 8. Финансовое обеспечение права на бесплатное оказание медицинской помощи лиц, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования.»;

17) статью 37 изложить в следующей редакции:

«Право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию реализуется на основании заключенных в его пользу между территориальным фондом и медицинской организацией договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.».

18) в статье 38:

а) часть 1 изложить в следующей редакции:

«1. По договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенному с медицинской организацией, территориальный фонд осуществляет финансирование расходов медицинской организации за оказание бесплатной медицинской помощи застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств.».

б) часть 2 изложить в следующей редакции:

«2. В договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности территориального фонда:

- 1) оформление, переоформление, выдача полиса обязательного медицинского страхования;
- 2) ведение учета застрахованных лиц, выданных им полисов обязательного медицинского страхования, а также обеспечение учета и сохранности сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- 3) осуществление учета заявок медицинских организаций на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;
- 4) предоставление медицинской организации по поступившей от нее заявке целевых средств в пределах объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов, в порядке и на цели, которые предусмотрены настоящим Федеральным законом;
- 5) осуществление контроля за деятельностью медицинских организаций,

осуществляемой в соответствии с настоящим Федеральным законом, договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования;

6) заключение с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с учетом требований, установленным настоящим Федеральным законом и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации;

7) сбор, обработка данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах, определения их численности, в том числе неработающих, 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;

8) информирование застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования, а также о правах и об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с настоящим Федеральным законом;

9) осуществлять обработку и учет поступающих от медицинских организаций ежедневно (в случае наличия) данных о новых застрахованных лицах и сведений об изменении данных о ранее застрахованных лицах, а также ежемесячно до 20-го числа месяца, следующего за отчетным, отчетности об использовании средств обязательного медицинского

страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц и иной отчетности в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;

10) осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля;

11) раскрытие информации о своей деятельности и о персональных данных застрахованных лиц в соответствии с настоящим Федеральным законом и другими федеральными законами;

12) осуществление рассмотрения обращений и жалоб граждан, осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке и в сроки, установленным законодательством Российской Федерации;

13) несение в соответствии с законодательством Российской Федерации ответственности за ненадлежащее исполнение предусмотренных настоящим Федеральным законом условий договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

14) при прекращении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования истребование от медицинской организации целевых средств, не использованных по целевому назначению, в течение 10 рабочих дней с даты прекращения указанного договора;

15) выполнение иных предусмотренных настоящим Федеральным законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования обязанностей.»;

б) часть 3 исключить;

в) часть 4 исключить;

г) часть 5 изложить в следующей редакции:

«5. Территориальный фонд заключает с медицинской организацией при наличии у нее списка застрахованных лиц, прикрепленных для оказания бесплатной медицинской помощи, договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.»;

д) часть 6 изложить в следующей редакции:

«6. В случае превышения установленного в соответствии с настоящим Федеральным законом для медицинской организации объема средств на оплату медицинской помощи в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту территориальный фонд принимает решение о предоставлении или об отказе в предоставлении медицинской организации недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса территориального фонда.»;

е) часть 7 изложить в следующей редакции:

«7. Обращение медицинской организации за предоставлением целевых средств сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи из нормированного страхового запаса территориального фонда рассматривается территориальным фондом одновременно с отчетом медицинской организации об использовании целевых средств.»;

ж) часть 8 изложить в следующей редакции:

« 8. Решение о предоставлении средств из нормированного страхового запаса принимается территориальным фондом после проведения проверки в целях установления причин недостатка целевых средств у медицинской организации. Срок проведения проверки не может превышать 10 рабочих дней со дня обращения медицинской организации за предоставлением ей указанных средств. Предоставление указанных средств осуществляется не позднее пяти рабочих дней со дня окончания проверки.»;

з) часть 9 изложить в следующей редакции:

«9. Основаниями для отказа в предоставлении медицинской организации

средств из нормированного страхового запаса территориального фонда сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной медицинской организации являются:

1) наличие у медицинской организации остатка целевых средств;

2) необоснованность объема дополнительно запрашиваемых средств, выявленная территориальным фондом по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи и проведения экспертизы качества медицинской помощи;

и) отсутствие средств в нормированном страховом запаса территориального фонда.»;

к) часть 10 изложить в следующей редакции:

«10. При нарушении установленных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования сроков предоставления данных о застрахованных лицах, а также сведений об изменении этих данных медицинская организация обязана уплатить территориальному фонду за счет собственных средств штраф в размере трех тысяч рублей.»;

л) часть 11 изложить в следующей редакции:

«11. За использование не по целевому назначению целевых средств медицинская организация обязана уплатить территориальному фонду за счет собственных средств штраф в размере 10 процентов от суммы средств, использованных не по целевому назначению.»;

м) часть 12 изложить в следующей редакции:

«12. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возмещает за счет собственных средств в течение 10 рабочих дней со дня предъявления требования территориальным фондом.»;

н) часть 13 изложить в следующей редакции:

«13. За невыполнение условий договора о финансовом обеспечении

обязательного медицинского страхования в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинская организация обязана уплатить территориальному фонду штраф в размере 10 процентов от суммы средств, перечисленных территориальным фондом медицинской организации на расходы по ведению дел по обязательному медицинскому страхованию за период, в течение которого установлены данные нарушения.»;

о) часть 14 изложить в следующей редакции:

«14. В случае выявления нарушений договорных обязательств территориальный фонд при возмещении медицинской организации затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств. Перечень нарушений договорных обязательств устанавливается правилами обязательного медицинского страхования. Перечень санкций за нарушения договорных обязательств устанавливается договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.»;

п) часть 15 изложить в следующей редакции:

«15. При досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования по инициативе медицинской организации за три месяца до даты расторжения указанного договора медицинская организация обязана уведомить территориальный фонд и застрахованных лиц о намерении расторгнуть договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.»;

р) часть 16 изложить в следующей редакции:

«16. При приостановлении или прекращении действия лицензии, ликвидации медицинской организации договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования считается расторгнутым с момента приостановления действия лицензии либо ее отзыва.»;

с) часть 17 исключить;

т) часть 18 исключить;

у) часть 19 изложить в следующей редакции:

«19. Форма типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемого территориальным фондом с медицинской организацией, утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по нормативно-правовому регулированию в сфере обязательного медицинского страхования.»;

19) в статье 39:

а) часть 1 изложить в следующей редакции:

«1. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию заключается между медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования и которым решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и территориальным фондом, в установленном настоящим Федеральным законом порядке.»;

б) часть 2 изложить в следующей редакции:

«2. По договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а территориальный фонд обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.»;

в) часть 3 исключить;

г) часть 5 исключить;

д) часть 7 изложить в следующей редакции:

«7. За неоплату или несвоевременную оплату медицинской помощи, оказанной по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, территориальный фонд за счет собственных средств уплачивает медицинской организации пени в размере одной трехсотой ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения просрочки, от не перечисленных сумм за каждый день просрочки.»;

д) часть 10 изложить в следующей редакции:

«10. При утрате медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию считается расторгнутым с момента утраты медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности.»;

20) в статье 40:

а) в части 7 слова «страховая медицинская организация» исключить;

б) часть 11 изложить в следующей редакции:

«11. Территориальный фонд в порядке, установленном Федеральным фондом, вправе осуществлять контроль за деятельностью медицинских организаций путем организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводить медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно, а также контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи в случае, если медицинская помощь оказана застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования. Эксперты территориального

фонда должны соответствовать требованиям, установленным частями 5 и 7 настоящей статьи.»;

в) часть 12 изложить в следующей редакции:

«12. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи территориальный фонд в порядке, установленном Федеральным фондом, информирует застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.»;

21) в статье 41:

а) часть 1 изложить в следующей редакции:

«1. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в территориальный фонд в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.»;

б) часть 2 изложить в следующей редакции:

«2. Взаимные обязательства медицинских организаций и территориального фонда, следствием которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, предусматриваются заключенным между ними договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному

медицинскому страхованию помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, включающим в себя методику исчисления размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, указанных штрафов и установленным правилами обязательного медицинского страхования. Размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и штрафов, исчисленных и установленных в соответствии с настоящей частью, указываются в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии с частью 2 статьи 30 настоящего Федерального закона.»;

22) в статье 42:

а) название статьи 42 изложить в следующей редакции:

«Статья 42. Обжалование заключений территориального фонда по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи»;

б) часть 1 изложить в следующей редакции:

«1. Медицинская организация в течение 15 рабочих дней со дня получения актов территориального фонда вправе обжаловать заключение территориального фонда при наличии разногласий по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи путем направления претензии в территориальный фонд.»;

23) в статье 43:

а) в части 3 слова «Страховыми медицинскими организациями» исключить;

б) в части 4 слова «страховыми медицинскими организациями» исключить;

24) пункт 12 части 2 статьи 44 исключить;

25) статью 46 изложить в следующей редакции:

«1. Для получения полиса обязательного медицинского страхования

застрахованное лицо лично или через своего представителя подает в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, заявление о выборе медицинской организации, предусмотренное пунктом 2 части 2 статьи 16 настоящего Федерального закона.

2. В день подачи заявления о выборе медицинской организации застрахованному лицу или его представителю выдается полис обязательного медицинского страхования либо временное свидетельство в случаях и в порядке, которые определяются правилами обязательного медицинского страхования.»;

26) название статьи 47 изложить в следующей редакции:

«Статья 47. Взаимодействие медицинской организации с территориальным фондом при ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам»;

27) в статье 47:

28) часть 1 изложить в следующей редакции:

«1. Медицинские организации предоставляют в территориальный фонд сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предусмотренные пунктами 1 - 13 части 4 статьи 44 настоящего Федерального закона, в территориальный фонд в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.»;

29) часть 2 изложить в следующей редакции:

«2. Данные персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предоставляются медицинскими организациями в территориальный фонд объеме и сроки, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.»;

30) часть 3 изложить в следующей редакции:

«3. Медицинские организации в соответствии с правилами организации государственного архивного дела хранят копии документов на бумажном и

электронном носителех, содержащих сведения, указанные в части 1 настоящей статьи и предоставляемые в территориальный фонд для ведения персонифицированного учета.»;

31) часть 4 изложить в следующей редакции:

«4. Медицинские организации и территориальные фонды определяют работников, допущенных к работе с данными персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и обеспечивают их конфиденциальность в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации требованиями по защите персональных данных.»;

32) в части 5 слова «страховой медицинской компании» исключить;

33) дополнить статью 47 частями 6 и 7 следующего содержания:

«6. На основании сведений, указанных в части 1 настоящей статьи территориальные фонды ведут персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в соответствии с настоящим Федеральным законом и порядком ведения персонифицированного учета.

7. Ведение персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в территориальных фондах осуществляется в электронном виде.»;

34) статью 48 исключить;

35) пункт 2 части 6 статьи 50 изложить в следующей редакции:

«2) медицинским организациям, участвующим в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, за исключением случаев, установленных частью 6.1 настоящей статьи, на цели, установленные пунктом 3 части 3 настоящей статьи.»;

Статья 2

В абзаце третьем пункта 2 статьи 6 Закона 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; 1999, № 47, ст. 5622; 2002, №12, ст. 1093; № 18, ст. 1721; 2003, № 50, ст. 4855, ст. 4858; 2004, № 30, ст. 3085; 2005, № 10, ст. 760; № 30, ст. 3101, ст. 3115; 2007, № 22, ст. 2563; № 46, ст. 5552; № 49, ст. 6048; 2009, № 44, ст. 5172; 2010, № 17, ст. 1988; № 31, ст. 4195; №49, ст. 6409; 2011, № 30, ст. 4584; № 49, ст. 7040; 2012, № 53, ст. 7592; 2013, № 26, ст. 3207; № 30, ст. 4067; № 52, ст. 6975; 2014, № 23, ст. 2934; № 30, ст. 4224; № 45, ст. 6154; 2015, № 10, ст. 1409; №27, ст. 4001; № 29, ст. 4385) слова «за исключением страховой медицинской организации, осуществляющей исключительно обязательное медицинское страхование» исключить.

Статья 3. Переходные положения

1. Передача страховыми медицинскими органами территориальным фондам обязательного медицинского страхования отчетов о суммах, израсходованных и об остатках неизрасходованных средств обязательного медицинского страхования, перечисленных медицинским организациям в течение 2018 года для оплаты расходов за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, а также о суммах пеней и штрафов, взысканных с медицинских организаций по результатам проведения страховыми медицинскими организациями контрольных мероприятий и получения экспертных заключений о качестве оказанной медицинской помощи, производится до 15 февраля 2019 года.

Передача страховыми медицинскими организациями указанных сведений территориальным фондам обязательного медицинского страхования осуществляется в порядке, утверждаемом Федеральным фондом и федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в сфере охраны здоровья граждан.

2. Первичные документы, подтверждающие обоснованность начисления указанных в части 1 настоящей статьи сумм, своевременность и полноту принятия мер по их взысканию, представляются страховыми медицинскими организациями по запросам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в порядке, утверждаемом Федеральным фондом и федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в сфере охраны здоровья граждан.

3. Списание невозможных к взысканию неизрасходованных медицинскими организациями средств обязательного медицинского страхования, неуплаченных медицинскими организациями страховым медицинским организациям и территориальным фондам обязательного медицинского страхования причитающихся им сумм от применения санкций и штрафов, начисленных в соответствии с частью 6.3 статьи 26 настоящего Федерального закона за период до 31.12.2018 года, а также в случае утраты на 1 января 2019 года возможности взыскания указанных средств обязательного медицинского страхования, сумм от применения санкций и штрафов в связи с истечением установленного срока их взыскания осуществляется в порядке, действовавшем до дня вступления в силу настоящего Федерального закона.

Статья 4

Контроль за правильностью использования средств обязательного медицинского страхования, перечисленных медицинским организациям страховыми медицинскими организациями за оказанную ими застрахованным лицам соответствующего вида медицинской помощи за отчетные (расчетные) периоды, истекшие до 1 января 2019 года, осуществляется территориальным фондом обязательного медицинского страхования и федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в сфере охраны здоровья граждан в

порядке, действовавшем до дня вступления в силу настоящего Федерального закона.

Статья 5

1. Решение о возврате медицинским организациям излишне уплаченных (взысканных) сумм от применения к ним страховыми медицинскими организациями санкций и штрафов в соответствии с частью 6.3 статьи 26 настоящего Федерального закона за отчетные (расчетные) периоды, истекшие до 1 января 2019 года, принимается соответствующими органами территориального фонда обязательного медицинского страхования в течение 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления (заявления, представленного в электронной форме с усиленной квалифицированной электронной подписью по телекоммуникационным каналам связи) медицинской организации о возврате излишне уплаченных (взысканных) сумм от применения мер ответственности, санкций и штрафов.

2. Решение о возврате излишне уплаченных (взысканных) сумм от применения мер ответственности, санкций и штрафов за отчетные (расчетные) периоды, истекшие до 1 января 2019 года, принимается при отсутствии у плательщика страховых взносов задолженности, возникшей за отчетные (расчетные) периоды, истекшие до 1 января 2019 года.

Статья 6

В целях обеспечения непрерывности осуществления полномочий по администрированию финансирования медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования за оказание ими бесплатной медицинской помощи застрахованным лицам при передаче указанных полномочий от страховых медицинских организаций территориальным фондам обязательного медицинского страхования (далее территориальным фондам) установить, что:

1) Федеральный фонд обязательного медицинского страхования,

территориальный фонды и органы государственной власти субъектов Российской Федерации в срок до 1 июля 2018 года разрабатывают и представляют в законодательный (представительный) орган государственной власти субъекта Российской Федерации проект бюджета территориального фонда с учетом новой структуры и дополнительной численности сотрудников, необходимых для осуществления полномочий страховщика, возложенных на территориальный фонд;

2) Министерство здравоохранения Российской Федерации и федеральный исполнительный орган государственной власти по надзору и контролю в сфере охраны здоровья граждан в срок до 1 марта 2018 года разрабатывают и согласовывают с Министерством экономики Российской Федерации и Министерством финансов Российской Федерации новую структуру, дополнительную численность сотрудников и объем средств обязательного медицинского страхования, необходимых для реализации полномочий по контролю и надзору за качеством оказания медицинской помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи с учетом дополнительных полномочий, установленных настоящим Федеральным законом;

3) работникам страховых медицинских организаций, осуществлявших деятельность в рамках договоров страховой медицинской организации с территориальным фондом по реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, трудовые договоры с которыми подлежат расторжению в связи с передачей территориальным фондам и федеральному органу исполнительной власти в сфере контроля и надзору полномочий указанных страховых медицинских организаций, закрепленных в Федеральном законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - работники страховых медицинских

организаций), руководителем территориального фонда, не позднее одного месяца до запланированной даты расторжения указанных трудовых договоров предлагаются для замещения все имеющиеся вакантные должности в территориальном фонде с учетом уровня их квалификации, профессионального образования и стажа работы по вопросам обязательного медицинского страхования по специальности, направлению подготовки;

4) работники страховых медицинских организаций с их письменного согласия назначаются на соответствующие должности в структуре территориального фонда на условиях, определенных в пункте 3 настоящей статьи. При этом трудовой договор с указанными лицами прекращается на основании пункта 5 части первой статьи 77 Трудового кодекса Российской Федерации - перевод работника по его просьбе или с его согласия на работу к другому работодателю;

5) назначение работников территориальных фондов на соответствующие должности осуществляется посредством заключения с ними служебного контракта на неопределенный срок, если иное не установлено федеральными законами, без проведения конкурсных процедур. При этом в трудовом договоре (контракте) в соответствии с законодательством Российской Федерации может предусматриваться условие об испытании продолжительностью до трех месяцев.

Статья 7

1) Признать утратившими силу с 1 января 2019 года:

а) части 1-3 статьи 1 Федерального закона от 3 июля 2016 года №286-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2016, №27, ст.4219);

б) статью 28, часть 2 статьи 30, часть 2 статьи 41 Федерального закона от 30 декабря 2015 года №423-ФЗ «О внесении изменений в статью 25

Федерального закона «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2016, №1, ст.46);

в) часть 6 статьи 14 Федерального закона от 1 декабря 2014 года №418-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2014, №49, ст.6927);

г) части 5 и 6 статьи 16, часть 2 статьи 30, часть 3 статьи 32, часть 10 статьи 36, части 1 и 2 статьи 46 Федерального закона от 01 декабря 2012 года №212-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, №49, ст.6758);

д) статью 1, пункт 1, подпункт «а» пункта 2, пункты 3 и 4 статьи 7, статью 10 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №313-ФЗ «О внесении в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, №49, ст.6409).

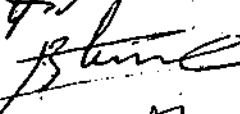
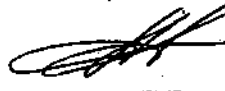
Статья 8

Президенту Российской Федерации и Правительству Российской Федерации внести изменения в нормативно-правовые акты Российской Федерации, регулирующие отношения в сфере обязательного медицинского страхования с учетом изменений, внесенных настоящим Федеральным законом в Федеральный закон от 29.11.2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и в другие законодательные акты Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования в Российской Федерации.

Статья 9

Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2019 года.

**Президент
Российской Федерации**

**И.И.Мельников****Н.И.Осадчий****В.Ф.Рашкин****Т.В.Плетнева****Н.Н.Езерский****М.В.Шапов****И.В.Коломейцев****А.В.Куринный****А.А.Пономарев****Ю.В.Афонин****В.Н.Блоцкий****В.Н.Татарский**

**Пояснительная записка
к проекту федерального закона «О внесении изменений в отдельные
законодательные акты Российской Федерации в сфере обязательного
медицинского страхования»**

Данный проект федерального закона подготовлен в целях оптимизации системы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации и финансирования медицинских организаций, оказывающих бесплатную медицинскую помощь гражданам для реализации их конституционных прав на бесплатную медицинскую помощь.

Необходимо отметить, что за 15 лет действия Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» система охраны здоровья граждан в стране претерпела существенные изменения, которые повлияли на уровень и качество медицинского обслуживания населения, в первую очередь на доступность, своевременность и качество оказания бесплатной медицинской помощи в рамках реализации конституционных прав граждан страны.

Счетная палата Российской Федерации (далее - Счетная палата) по результатам проверки в 2014 году выполнения программы государственных гарантий бесплатного оказания медпомощи и базовой программы обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) обнаружила, что при формально бесплатной медицине граждане все больше тратят средства на платное лечение. Это свидетельствует о том, что действующая система здравоохранения не обеспечивает в должной мере реализацию конституционных прав граждан на бесплатную медицинскую помощь, повсеместно наблюдается крен на перевод медицинской помощи на платную основу, что в нынешний период обнищания граждан, в том числе и работающих, стало сказываться в ухудшении демографической ситуации в стране.

Проверка деятельности негосударственных страховых медицинских организаций (далее - СМО), включенных в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 года №326-ФЗ в федеральную систему обязательного медицинского страхования, помимо Федерального фонда обязательного медицинского страхования и основных страховщиков - территориальных фондов обязательного медицинского страхования, осуществляющих совместно с медицинскими организациями реализацию конституционных прав граждан на бесплатную медицинскую помощь выявила ряд существенных недостатков:

1) негосударственным СМО переданы полномочия государственных органов:

- по регистрации граждан, выдаче им страховых номеров и полисов, ведению базы данных индивидуальных сведений застрахованных лиц, включая сведения о всех случаях и видах оказанной им бесплатной медицинской помощи, при том что законом эти индивидуальные сведения отнесены к защищаемым персональным данным граждан;

- по распоряжению средствами обязательного медицинского страхования - страховыми взносами работающих и не работающих застрахованных лиц, уплаченными организациями и индивидуальными предпринимателями и органами государственной и муниципальных власти, для финансирования медицинских организаций, оказывающим бесплатную медицинскую помощь в рамках ОМС;

- по выполнению функций государственных органов по надзору и контролю за деятельностью медицинских организаций, большинство которых являются федеральными и муниципальными бюджетными учреждениями, в рамках ОМС с применением к ним штрафных и финансовых санкции, при этом оставляя себе суммы взысканных штрафов и финансовых санкций.

Согласно данным Счетной палаты, проверившей насколько эффективно страховые компании использовали средства, полученные в рамках системы ОМС в 2014-2015 годах, установлено, что СМО не выполняют в полной мере своих обязанностей, возложенных на них в соответствии с договорами ОМС, по защите медицинских прав граждан.

Проверки коснулись крупнейших страховых компаний, работающих в сегменте ОМС - ЗАО «МАКС-М» и ОАО «РОСНО-МС». Согласно Федеральном закону от 29.11.2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» страховщики имеют право направлять себе в доход 30-50% с сумм, взысканных с медучреждений за нарушения либо перечисленных им необоснованно. В 2014 году все страховые медицинские компании, в общей сложности порядка 53, в результате применения штрафных санкций к медучреждениям получили доход более 4 млрд рублей. Санкции применяются ими по итогам различных экспертиз, в том числе по итогам экспертиз качества оказанной медпомощи. Средства, полученные таким образом, составляют 25% от общего объема собственных средств СМО.

Счетная палата отмечает, что экспертиза качества медпомощи зависит только от квалификации эксперта страховой медицинской компании. Требования к проведению экспертизы отсутствуют, что повышает риск

субъективных подходов к оценке нарушений и приводит к применению к медицинским организациям финансовые санкции без правовых на то оснований. В заключениях экспертов СМО фигурировали такие дефекты, как «в записи врача диагноз написан неразборчиво» или «запись врача не информативная, посещение необоснованно», и, на этой основе СМО применяются штрафные и финансовые санкции к медицинским организациям.

Также СМО, применяют финансовые санкции в отношении медицинских организаций за несоответствие оказанной медпомощи стандартам и клиническим рекомендациям (протоколам лечения), по которым еще не утверждены соответствующие стандарты и протоколы лечения без правовых оснований - нет права устанавливать штрафы и санкции в отсутствии утвержденных стандартов и протоколов лечения. В настоящее время стандарты лечения утверждены лишь для 36% всех заболеваний, клинические рекомендации также разработаны еще не для всех видов болезней. В результате выборочной проверки заключений экспертов аудиторы обнаружили, что санкции в размере 1,3 млн. рублей были наложены на медучреждения необоснованно. Более того, эксперты СМО в ряде случаев не состояли на учете в территориальном реестре экспертов качества медпомощи.

В отчете Счетной палаты констатируется, что страховые компании не справляются со своей основной задачей – защитой прав застрахованных, а также не сопровождают пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи. Фактически страховые компании работают с пациентами только на основе личного обращения последних: «Например, согласно законодательству, о факте страхования застрахованное лицо должны были проинформировать письменно. На практике, например, в «РОСНО-МС», информирование граждан осуществляется только по СМС-сообщениям, что предусмотрено внутренним документом компании. При этом неясно, как это реализуется в труднодоступных местах, сельской местности или среди граждан пожилого возраста».

Так, к компании «РОСНО-МС» из 17 млн. застрахованных лиц меры реагирования реализованы только в отношении 6 тысяч человек, в «МАКС-М» из 18 млн. застрахованных лиц – в отношении 4 тыс. человек.

В общей сложности в 2014-2015 годах страховые медицинские организации получили целевые средства на финансирование и оплату медпомощи в объеме около 2,7 трлн. рублей. Из них, на ведение дел страховщики получили 53 млрд. рублей.

Тема недостаточной эффективности работы СМО, которые не информируют застрахованных лиц о порядке получения медицинской помощи и их правах в рамках программ ОМС, нашла свое отражение и в обращении Общероссийского народного фронта в Министерство здравоохранения

По мнению граждан, СМО должны уведомлять пациентов о проведении диспансеризации, вакцинации, необходимости прохождения профилактического медосмотра, изменении контактной информации и графика работы медицинских организаций, порядке получения медпомощи, перечне медикаментов, бесплатно предоставляемых при госпитализации и амбулаторном посещении.

Необходимо отметить, что в сфере обязательного медицинского страхования нет готовых решений по оптимизации системы органов, осуществляющих финансирование медицинских организаций, а также проверку и контроль за качеством оказания ими медицинской помощи гражданам, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования. Но существующие проблемы, связанные с деятельностью СМО, очевидны, и поэтому предлагаются пути их решения — с учетом конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь, интересов пациентов, врачебного сообщества и плательщиков страховых взносов.

Финансовые эксперты и профессиональные аналитики в сфере социального, медицинского и пенсионного страхования отмечают, что во все государственные системы обязательного социального страхования, обеспечивающих реализацию конституционных гарантий бесплатного социального страхования, обязательного медицинского страхования, а также государственного пенсионного страхования, внедрены негосударственные страховые организации-паразиты, получившие доступ к распределению колоссальных государственных финансовых ресурсов, направляемых для реализации конституционных прав граждан.

И в системе обязательного медицинского страхования при наличии государственных Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, в настоящее время действуют более 50 негосударственных СМО, обладающие правом распоряжения федеральными средствами для финансирования государственных учреждений здравоохранения (федеральных и региональных медицинских организаций), оказывающих бесплатную медицинскую помощь застрахованным гражданам, на сумму более 1,5 трлн рублей в 2017 году.

Конституционные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи гражданам за счет федеральных средств (а страховые взносы относятся именно к федеральным средствам), должны обеспечивать только государственные органы: Федеральный фонд ОМС и территориальные фонды ОМС. Они должны обеспечивать государственные гарантии бесплатной медицинской помощи без посредников – страховых медицинских организаций, задачей которых объективно, в первую очередь, является не улучшение уровня бесплатной медицинской помощи гражданам, а получение максимальных доходов при минимуме затрат.

Согласно положениям действующего Федерального закона от 29.11.2010 года №326-ФЗ, негосударственные страховые медицинские организации получили право использовать государственные функции: в беспорядочном порядке штрафовать и взыскивать суммы финансовых санкций с медицинских организаций (в большинстве государственных и муниципальных) вместо перечисления их в федеральный бюджет. Что с учетом вышеизложенных аргументов вызывает вопросы о коррупционности существующей структуры финансирования в системе обязательной медицинской страховании. Кстати, по данному закону до сих пор не проведена государственная экспертиза на наличие коррупционных норм, касающихся деятельности СМО в системе обязательного медицинского страхования.

Настоящим законопроектом предлагается передать все полномочия по ведению дел застрахованных лиц и защите их конституционных прав на оказание бесплатной медицинской помощи от негосударственных СМО территориальным фондам ОМС, возложив на них функции страховщика в полном объеме, в том числе — по проверке и контролю за качеством оказания медпомощи совместно с органами Росздравнадзора.

В случае принятия данного закона, в ходе реорганизации системы ОМС для решения всех возникающих, финансовых, правовых и организационных вопросов, включая трудоустройство работников ныне действующих СМО, безусловно потребуется определенное время, и, в связи с этим, в настоящий законопроект включены нормы, содержащие переходные положения.

Предполагается, что изложенные выше изменения законодательства должны вступить в силу с 1 января 2019 года. В связи с этим в 2019 году в субъектах Российской Федерации потребуется на первом этапе увеличить штаты сотрудников территориальных фондов ОМС с последующей оптимизацией этих штатов с учетом развития и использования возможностей информационных и медицинских технологий в сфере охраны здоровья граждан. Законопроектом предлагается ряд мер для проведения реорганизации

системы ОМС, в том числе меры по организации работы сотрудников территориальных фондов на базе государственных межфункциональных центров (МФЦ) в городах, а также в помещениях медицинских организаций.

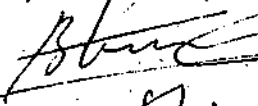
Соответственно в 2019 году в субъектах Российской Федерации потребуется увеличить штаты сотрудников территориальных фондов, финансирование которых будет осуществляться за счет части средств, направлявшихся на финансирование страховых медицинских организаций.



И.И.Мельников



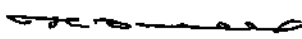
Н.И.Осадчий



В.Ф.Рашкин



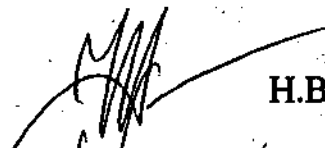
Т.В.Плетнева



Н.Н.Езерский



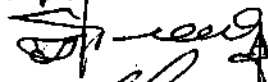
М.В.Щапов



Н.В.Коломейцев



А.В.Куринный



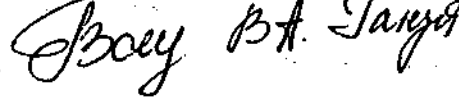
А.А.Пономарев



Ю.В.Афонин



В.Н.Блоцкий



В.А.Таня

**Финансово-экономическое обоснование
к проекту федерального закона «О внесении изменений в отдельные
законодательные акты Российской Федерации в сфере обязательного
медицинского страхования»**

Реализация проекта федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» в связи с передачей территориальным фондам обязательного медицинского страхования полномочий страховых медицинских организаций с 1 января 2019 года не потребует увеличения расходов в бюджетах территориальных фондов.

В случае его принятия за счет средств, высвобождаемых в бюджете территориального фонда в связи с передачей функций страховщика в системе обязательного медицинского страхования от страховых медицинских организаций территориальным фондам, предполагается финансировать дополнительную численность их сотрудников, которые будут осуществлять полномочия по обязательному медицинскому страхованию граждан в полном объеме.

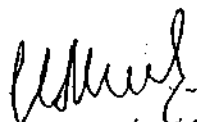
Сейчас в страховых медицинских организациях остается до 4% средств от годового бюджета системы обязательного медицинского страхования, а это около 30 млрд рублей, которые кроме оплаты расходов СМО за ведение дел застрахованных лиц должны направляться на оплату их работы по контролю за качеством оказания медицинской помощи застрахованным гражданам.

В 2014 году 54 страховых медицинских организаций в результате применения штрафных санкций к медицинским организациям получили общий доход более 4 млрд. рублей. Финансовые санкции ими применялись по итогам медико-экономических экспертиз и экспертиз качества оказанной медпомощи. Средства, полученные таким образом, составляют 25% от общего объема средств, полученных страховыми медицинскими организациями за год из бюджетов территориальных фондов.

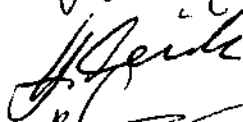
Всего в 2014-2015 годах страховые медицинские организации получили целевые средства на финансирование и оплату медпомощи около 2,7 трлн. рублей. Из них за выполнение полномочий страховщика СМО получили 53 млрд. рублей.

При передаче территориальным фондам обязательного медицинского страхования функций страховщика в полном объеме и увеличении численности их сотрудников расходы бюджетов территориальных фондов на содержание

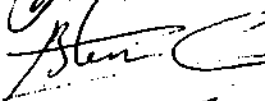
сотрудников не увеличатся, так как средства, ранее направлявшиеся на финансирование сотрудников ОМС 53 страховых медицинских организаций в стране, будут направлены на финансирование содержания сотрудников территориальных фондов и они составят менее 20 млрд. рублей в год.



И.И.Мельников



Н.И.Осадчий



В.Ф.Рашкин



Т.В.Плетнева



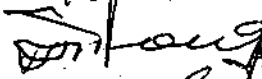
Н.Н.Езерский



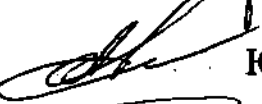
М.В.Щапов



Н.В.Коломейцев



А.В.Куринный



А.А.Пономарев



Ю.В.Афонин



В.Н.Блоцкий

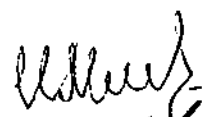


В.Н.Татарский

**Перечень актов
федерального законодательства, подлежащих признанию утратившими
силу, приостановлению, изменению, дополнению или принятию, в связи
с принятием Федерального закона «О внесении изменений в отдельные
законодательные акты Российской Федерации в сфере обязательного
медицинского страхования»**

Принятие Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» не потребует признания утратившими силу, приостановления, изменения, дополнения или принятия других федеральных законов.

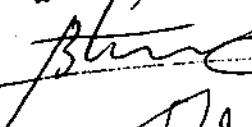
Правительству Российской Федерации в связи с принятием данного Федерального закона потребуется принять соответствующие постановления о нормативно-правовых актах Правительства Российской Федерации, подлежащих признанию утратившими силу, приостановлению, изменению, дополнению или принятию других актов федерального законодательства.



И.И.Мельников



Н.И.Осадчий



В.Ф.Рашкин



Т.В.Плетнева



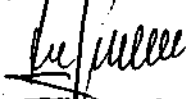
Н.Н.Езерский



М.В.Щапов



Н.В.Коломейцев



А.В.Куринный



А.А.Пономарев



Ю.В.Афонин



В.Н.Блоцкий



В.А.Гануш



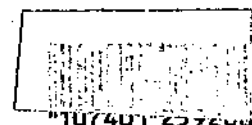
**ПРАВИТЕЛЬСТВО
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

« 13 » сентября 2017 г.
№ 6451п-П12
МОСКВА

✓ Депутату Государственной Думы
Федерального Собрания
Российской Федерации
Н.В.Коломейцеву

Государственная Дума
Федерального Собрания
Российской Федерации

На № КНВ-4/30 от 21 июня 2017 г.



Государственная Дума ФС РФ
Дата 14.09.2017
№266380-7; 3.2

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**на проект федерального закона "О внесении изменений
в отдельные законодательные акты Российской Федерации
в сфере обязательного медицинского страхования", вносимый
в Государственную Думу депутатами Государственной Думы
Н.В.Коломейцевым, И.И.Мельниковым, Н.И.Осадчим и другими**

В соответствии с частью 3 статьи 104 Конституции Российской Федерации в Правительстве Российской Федерации рассмотрен проект федерального закона с учетом представленного финансово-экономического обоснования.

Законопроектом предлагается внести изменения в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Закон Российской Федерации "Об организации страхового дела в Российской Федерации" и иные федеральные законы, предусматривающие исключение страховых медицинских организаций (далее - СМО) из числа участников обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) и возложение функций страховщика на территориальные фонды ОМС (далее - территориальные фонды), а также расширение функций Росздравнадзора по контролю качества медицинской помощи.

Исключение СМО из системы ОМС и возложение функций исключительно на государственные структуры противоречит принципам

организации ОМС, базовым из которых является участие в соответствующих отношениях организаций любых организационно-правовых форм, коммерческих и некоммерческих организаций.

СМО обеспечивают участие в ОМС субъектов, экономически заинтересованных в защите прав пациентов и в повышении эффективности использования ресурсов системы здравоохранения, достигаемой благодаря конкуренции страховщиков друг с другом, в том числе в связи с правом застрахованного лица на выбор СМО и ее замену.

Возложение на территориальные фонды обязанности по ведению раздельного учета средств ОМС и собственных средств противоречит бюджетного законодательству Российской Федерации. При этом необходимые в этой части изменения в Бюджетный кодекс Российской Федерации законопроектом не предусмотрены.

Предлагаемые законопроектом нормы, определяющие порядок выбора застрахованным лицом медицинской организации, не являются предметом регулирования законодательства Российской Федерации об ОМС.

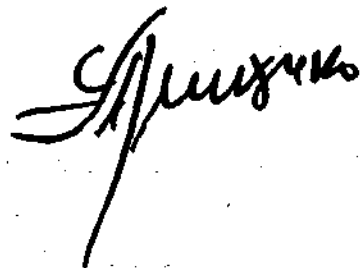
Недостаточно обоснованы новеллы, касающиеся договорного регулирования в системе ОМС и изменения порядка выдачи полиса ОМС. В пояснительной записке не раскрывается смысл предлагаемых в указанной части изменений.

В законопроекте не учитывается существующее распределение функций между территориальными фондами и СМО, обеспечивающее этапность в осуществлении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Передача функций СМО территориальным фондам и расширение функций Росздравнадзора потребуют дополнительных расходов соответственно из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования и федерального бюджета. При этом в финансово-экономическом обосновании к законопроекту отсутствует оценка указанных расходов.

На основании изложенного Правительством Российской Федерации законопроект не поддерживается.

Заместитель Председателя
Правительства Российской Федерации -
Руководитель Аппарата Правительства
Российской Федерации



С.Приходько

