

**ФГБУ "Центральный научно-исследовательский институт  
организации и информатизации здравоохранения"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Аналитический доклад**

**ОЦЕНКА ПРИЧИН И ПОСЛЕДСТВИЙ МАСШТАБНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В  
НОРМАТИВНО-ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В 2021 ГОДУ**

**Под научной редакцией академика РАН Стародубова В.И.**

**Руководитель авторского коллектива: Кобякова О.С.**

**Авторский коллектив: Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Ендовицкая Ю.В., Базарова И.Н.,  
Чилилов А.М.**

**Москва 2021**

## Содержание

Аннотация

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВВЕДЕНИЕ

1. ПРЕДПОСЫЛКИ ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

1.1. Необходимость более гибкого реагирования системы обязательного медицинского страхования на вызовы, связанные с распространением коронавирусной инфекции COVID-19

1.2. Сложная финансовая ситуация в системе обязательного медицинского страхования

1.3. Проблемы, связанные с функционированием федеральных медицинских организаций в системе ОМС

1.4. Развитие информационных технологий как одна из причин внесения изменений в Федеральный закон № 326-ФЗ

2. ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

2.1. Изменение полномочий Российской Федерации

2.2. Изменения полномочий Министерства здравоохранения Российской Федерации

2.3. Изменение функций и полномочий Федерального фонда ОМС

2.4. Финансовое обеспечение выполнения Федеральным фондом ОМС дополнительных функций

2.5. Изменения полномочий территориальных фондов обязательного медицинского страхования

2.6. Изменение функций и финансового положения страховых медицинских организаций

2.7. Сравнительная характеристика прежних и новых полномочий участников системы ОМС

3. НОВАЯ СИСТЕМА ДОГОВОРОВ В РАМКАХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

3.1. Договоры в сфере обязательного медицинского страхования

3.2. Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования

3.3. Новая форма договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

3.4. Договор на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы – новый вид договора в системе обязательного медицинского страхования

3.5. Обязанности участников договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством

3.6. Сопоставление договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС

4. НОВЫЙ ПОРЯДОК УЧАСТИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

4.1. Порядок направления застрахованных лиц в федеральные медицинские организации

4.2. Право участия федеральных медицинских организаций в реализации территориальных программ ОМС

4.3. Изменения в нормативно-правовом регулировании оказания высокотехнологичной медицинской помощи

5. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

5.1. Система тарифов оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках ОМС

5.2. Порядок установления тарифов в рамках реализации базовой программы ОМС

- 5.3. Порядок установления тарифов в рамках реализации территориальных программ ОМС
- 6. ПОРЯДОК РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ БАЗОВОЙ И ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОМС**
- 6.1. Порядок распределения объемов медицинской помощи для федеральных медицинских организаций в рамках базовой программы ОМС
- 6.3. Порядок распределения объемов медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС
- 7. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ В СООТВЕТСТВИИ С НОВОЙ РЕДАКЦИЕЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОБ ОМС**
- 7.1. Изменения в Программе государственных гарантий, касающиеся нового порядка участия федеральных медицинских организаций в системе ОМС
- 7.2. Нормативы финансовых затрат
- 8. ДРУГИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ОМС, СВЯЗАННЫЕ С ПРИНЯТИЕМ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА № 430-ФЗ**
- 8.1. Реестры медицинских организаций
- 8.2. Реестры экспертов качества медицинской помощи
- 8.3. Новый порядок проведения контрольных мероприятий в системе ОМС
- 8.4. Изменения в информационной системе ОМС
- 9. ФИНАНСОВЫЕ АСПЕКТЫ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ**
- 9.1. Финансовые последствия изменений в законодательстве об ОМС
- 9.2. Основные характеристики бюджета Федерального фонда ОМС на 2021-2023 годы
- 9.3. Доходы бюджета Федерального фонда ОМС
- 9.4. Расходы бюджета Федерального фонда ОМС
- 9.5. Финансовое обеспечение федеральных медицинских организаций
- 10. ИЗМЕНЕНИЯ В ПОРЯДКЕ ФОРМИРОВАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**
- 10.1. Использование средств нормированного страхового запаса территориальных фондов ОМС для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала
- 10.2. Использование средств нормированного страхового запаса фондов ОМС для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и ремонту медицинского оборудования
- 10.3. Другие изменения, касающиеся расходования нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования
- ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ**
- СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**
- Информация об авторах
- ПРИЛОЖЕНИЕ: Свод изменений в Федеральном законе № 326-ФЗ**

## Аннотация

Настоящий аналитический доклад «Оценка причин и последствий масштабных изменений в нормативно-правовом регулировании системы обязательного медицинского страхования в 2021 году» посвящен анализу вступивших в силу с 01.01.2021 изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 № 326-ФЗ, а также связанных с ним нормативных правовых актов.

Целью исследования является анализ причин, приведших к необходимости совершенствования нормативно-правовой базы обязательного медицинского страхования; содержания основных изменений в федеральном законодательстве и других нормативных правовых актах, регулирующих сферу обязательного медицинского страхования, а также оценка последствий этих изменений.

Актуальность рассматриваемых проблем в настоящее время обусловлена не только новшествами в законодательном регулировании системы ОМС, но и новой ролью, которая отводится федеральным медицинским организациям, а также повышением оперативности реагирования системы обязательного медицинского страхования в условиях вызовов, связанных с распространением коронавирусной инфекции COVID-19, новыми возможностями, предоставляемыми информатизацией и цифровизацией здравоохранения и другими факторами.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

**COVID-19** – официальное название новой коронавирусной инфекции, присвоенное Всемирной организацией здравоохранения;

**БПОМС** – базовая программа обязательного медицинского страхования;

**ВМП** – высокотехнологичная медицинская помощь;

**Доклад 1.0.** – Аналитический доклад ЦНИИОИЗ: «Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в российском здравоохранении». Версия 1.0 (посостоянию на 26.04.2020г.);

**ЕГИСЗ** - Единая государственная информационная система здравоохранения;

**НСЗ** - нормированный страховой запас;

**ОМС** – обязательное медицинское страхование;

**Пояснительная записка** – Пояснительная записка к проекту федерального закона "О внесении изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";

**ППО** - публично-правовое образование;

**Программа госгарантий** - Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

**Проект федерального закона** –

Проект федерального закона "О внесении изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (<https://sozd.duma.gov.ru/bill/1027750-7>);

**СМО** – страховые медицинские организации;

**Территориальные фонды, ТФОМС** – территориальный фонд обязательного медицинского страхования;

**Федеральные МО** – медицинские организации, в отношении которых функции и полномочия учредителей осуществляет Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти;

**Федеральный закон №326-ФЗ, 326-ФЗ** – Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 №326-ФЗ;

**Федеральный закон №430-ФЗ** – Федеральный закон от 8 декабря 2020г. №430-ФЗ О внесении изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";

**ФМО** – федеральные медицинские организации;

**ФОМС** – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

## ВВЕДЕНИЕ

Федеральный закон от 8 декабря 2020 г. № 430-ФЗ О внесении изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее – Федеральный закон № 430-ФЗ) внес значимые изменения в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 № 326-ФЗ (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ; 326-ФЗ) за весь период его действия.

Причинами таких изменений стал целый ряд факторов, связанных с изменением финансовых потоков в системе ОМС, распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19, развитием цифровых технологий, а также с проблемами участия федеральных медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования (ОМС).

Предусмотренные законопроектом изменения направлены на повышение эффективности использования средств обязательного медицинского страхования и предоставления медицинской помощи. [5]

Изменения в законодательстве в наибольшей степени затронули федеральные медицинские организации, которые будут получать средства ОМС в особом порядке (появился даже связанный с этим термин – «86 регион»). Тем не менее и для остальных медицинских организаций изменения оказались значимыми, особенно в части проведения контрольных мероприятий в отношении оказываемой ими медицинской помощи.

Данное исследование не ставит своей целью проведение комплексного анализа системы обязательного медицинского страхования, ограничиваясь лишь анализом причин и последствий внесения изменений в законодательство об ОМС в соответствии с Федеральным законом № 430-ФЗ.

Обращаем внимание на то, что в Федеральном законе 326-ФЗ часто используется формулировка «уполномоченный федеральный орган исполнительной власти», что было связано с предстоящим разделением Минздравсоцразвития России на Минздрав России и Минтруд России. В настоящее время функции уполномоченного федерального органа исполнительной власти осуществляет Минздрав России, поэтому в соответствующих случаях (за исключением цитирований) именно он указывается в качестве уполномоченного органа.

Кроме того, в Федеральном законе № 430-ФЗ часто используются формулировки «медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти» и «медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти». В нашем докладе указанные медицинские организации будут называться федеральными медицинскими организациями.

### 1. ПРЕДПОСЫЛКИ ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

Проект федерального закона "О внесении изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" № 1027750-7 (далее - Проект федерального закона) был разработан в целях повышения эффективности реализации базовой программы обязательного медицинского страхования и обеспечения доступности медицинской помощи. [5]

Само по себе внесение изменений в Федеральный закон № 326-ФЗ не является чем-то чрезвычайным, поскольку отражает процесс постоянного совершенствования законодательства в целях приведения его в соответствие с изменениями, происходящими в разных сферах жизни общества. И всё же причины масштабных изменений в законодательстве об ОМС требуют анализа.

Можно выделить четыре основные причины внесения изменений в Федеральный закон № 326-ФЗ:

1) Необходимость более гибкого реагирования всех институтов обязательного медицинского страхования на вызовы, связанные с распространением коронавирусной инфекции COVID-19.

2) Сложная финансовая ситуация в системе обязательного медицинского страхования, в том числе вызванная распространением COVID-19.

3) Накопившиеся проблемы, связанные с функционированием в системе ОМС федеральных медицинских организаций.

4) Возникновение и широкое использование современных информационных технологий.

### **1.1. Необходимость более гибкого реагирования системы обязательного медицинского страхования на вызовы, связанные с распространением коронавирусной инфекции COVID-19**

Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках ОМС, достаточно разнообразны и варьируют от подушевого финансирования до оплаты за объем оказанных услуг. Однако это касается в основном первичной медико-санитарной помощи. Способы оплаты специализированной медицинской помощи ориентированы на ее объемы и затратоемкость.

Между тем, в условиях распространения COVID-19 для финансового обеспечения медицинских организаций, находящихся в процессе репрофилирования в «ковидные» госпитали и функционирующих в режиме готовности оказать медицинскую помощь пациентам с коронавирусом, а также в иных случаях риска серьезных финансовых потерь, целесообразно временно отказаться от существующего способа оплаты за оказанную медицинскую помощь, и использовать механизм, аналогичный сметному финансированию. На период особых ситуаций, аналогичных нынешней, этот вариант мог бы использоваться в ряде случаев вместо или наряду с оплатой за объемы оказанной медицинской помощи. [13]

### **1.2. Сложная финансовая ситуация в системе обязательного медицинского страхования**

Сложная финансовая ситуация в системе обязательного медицинского страхования в условиях распространения коронавирусной инфекции связана прежде всего с проблемами сбора средств для формирования доходной части бюджета ФОМС, а также с ростом расходов медицинских организаций, как оказывающих медицинскую помощь пациентам с COVID-19 (увеличение числа лабораторно-диагностических исследований, дорогостоящих лучевых методов исследований, увеличение количества реанимационных коек и т.д.), так и не занятых лечением COVID-19 (затраты на тестирование наличия/отсутствия коронавирусной инфекции, средства индивидуальной защиты, дезинфицирующие средства и т.д.).

Основным источником средств ОМС являются взносы в Федеральный фонд ОМС в размере 5,1 % от фонда оплаты труда, а также взносы субъектов Российской Федерации на страхование неработающего населения. В условиях распространения COVID-19 объективно происходит снижение поступления страховых взносов. Основными причинами этого являются:

- Сокращение численности работников из-за приостановки (прекращения и т.д.) производства;
- Снижение уровня зарплат работников в связи с простоями и т.д.;
- Оформление отпуска без сохранения содержания заработной платы значительной части работников и т.д.;

- Отсрочка уплаты страховых взносов в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;
- Снижение ставки страховых взносов с 30 до 15% для части плательщиков (малый и средний бизнес);
- Рост доли «серых» зарплат, с которых не платятся налоги и взносы и т.д.

Все эти причины приводят

к необходимости поиска мер компенсации выпадающих доходов. [13]

В условиях распространения COVID-19 федеральные медицинские организации, как это будет показано ниже, оказались одной из наиболее уязвимых групп медицинских организаций.

Однако финансовые сложности испытывают и другие медицинские организации, работающие в системе ОМС. В соответствии с поручением Председателя Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2020 г. № ММ-П13-16974кв Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Министерством здравоохранения Российской Федерации проведена сверка расчетов между территориальными фондами, страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, а также оценка достаточности средств обязательного медицинского страхования на оплату медицинской помощи, оказанной в 2020 году, с учетом особенностей реализации базовой программы обязательного медицинского страхования, по результатам которой выявлен дефицит финансового обеспечения территориальных программ обязательного медицинского страхования в 56 регионах на общую сумму 51,3 млрд. рублей. [9]

### **1.3. Проблемы, связанные с функционированием федеральных медицинских организаций в системе ОМС**

Федеральные медицинские организации традиционно выполняют специфические функции, связанные с оказанием медицинской помощи в наиболее сложных случаях, проведением научных исследований, клинической апробацией и т.д. Поэтому, даже после внедрения в Российской Федерации системы обязательного медицинского страхования, они продолжали финансироваться за счет средств федерального бюджета. «Погружение» федеральных медицинских организаций в систему ОМС происходило достаточно медленно. Процесс активизировался в 2013 году с началом очередного этапа перехода к одноканальному финансированию, когда в состав тарифа кроме пяти основных (зарплата, начисления, медикаменты, продукты питания, мягкий инвентарь) вошли большинство оставшихся статей (за исключением капитального строительства, ремонта и приобретения оборудования стоимостью свыше 100 тыс.руб.).

Основные проблемы включения федеральных медицинских организаций в систему ОМС заключаются в следующем:

- 1) Федеральные медицинские организации, как правило, оказывающие медицинскую помощь, в особо сложных случаях, являются наиболее хорошо оснащенными, обеспеченными высококвалифицированными кадрами, что приводит к невозможности возмещения бóльших затрат в рамках единых тарифов, действующих на территории субъекта Российской Федерации. Попытка исправить ситуацию заключалась в установлении для федеральных медицинских организаций и (или) их структурных подразделений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, коэффициента подуровня оказания медицинской помощи в размере не менее 1,4. [10] Однако это не решило проблемы полностью.
- 2) Тарифы на одни и те же услуги, оказываемые федеральными медицинскими организациями в разных субъектах Российской Федерации, оплачивались по разным тарифам, как минимум, из-за различия базовых ставок тарифов, действующих на территории субъектов Российской Федерации.

- 3) Включение федеральных медицинских организаций в систему ОМС также означало передачу в ОМС оказываемых ими объемов медицинской помощи, однако не сопровождалось переводом соответствующих средств из федерального бюджета в бюджет ФОМС. На систему ОМС легли дополнительные расходные обязательства без дополнительного финансового обеспечения, поэтому прежний объем финансовых средств пришлось использовать для оплаты увеличившегося объема медицинской помощи. При этом страдали и сами федеральные медицинские организации (региональные тарифы оказывались для них недостаточными), и региональные медицинские организации, так как возможности улучшения их финансового обеспечения сдерживались необходимостью выделения дополнительных объемов медицинской помощи и средств ОМС для федеральных медицинских организаций. Неслучайно, что в последние годы в связи с более активным участием федеральных медицинских организаций в системе ОМС, объемы медицинской помощи для многих региональных медицинских организаций сокращались.
- 4) Порядок финансовых потоков при оказании высокотехнологичной медицинской помощи за время действия Федерального закона № 326-ФЗ менялся несколько раз и по-прежнему нуждался в совершенствовании.
- 5) В последние годы политика региональных властей явно направлена на ограничение участия федеральных медицинских организаций в реализации территориальных программ ОМС из-за необходимости повышения в рамках дорожных карт и т.д. зарплат врачей региональных медицинских организаций.
- 6) Распределение объемов медицинской помощи для федеральных медицинских организаций по остаточному принципу вызывает отток высококвалифицированных специалистов, заработная плата которых в некоторых регионах зачастую оказывалась ниже зарплат их коллег, работающих в региональных медицинских организациях.
- 7) Сложность взаимодействия региональных органов власти с федеральными медицинскими организациями: давать им напрямую указания не получается – приоритеты их деятельности, коечный фонд, специализация и т.д. определяются учредителями - федеральными органами исполнительной власти.
- 8) Неэффективное использование потенциала федеральных медицинских организаций. Неполная загрузка хорошо оснащенных федеральных клиник приносит гораздо больше ущерба, чем неполная загрузка региональных медицинских организаций, которые являются менее оснащенными.
- 9) Неравномерное распределением федеральных медицинских организаций по территории страны обуславливает различную доступность высокотехнологической помощи пациентам и требует совершенствования механизма направления пациентов в федеральные клиники.
- 10) Система контроля качества в системе ОМС силами региональных экспертов оказалась недостаточно эффективной: в федеральных медицинских организациях работают специалисты, квалификация которых часто значительно выше квалификации экспертов.

#### **1.4. Развитие информационных технологий как одна из причин внесения изменений в Федеральный закон № 326-ФЗ**

Развитие информационных технологий, цифровизация всех сфер общества создают новые возможности для развития системы ОМС.

Система ОМС является одной из сфер здравоохранения, где наиболее развиты информационные системы. Это вызвано насущной необходимостью ведения обширных баз данных застрахованных лиц, медицинских организаций, страховых медицинских



организаций, экспертов и т.д., а также обработкой большого количества выставляемых счетов и т.д.

О том, что система обязательного медицинского страхования в России нуждается в реформировании и цифровизации, министр здравоохранения России Михаил Мурашко говорил еще 13.05.2020 на пленарном заседании Государственной Думы. По его мнению, система ОМС должна трансформироваться за счёт более глубокого внедрения информационных технологий, что позволит ясно видеть систему расчетов и персонафикацию.<sup>1</sup>

Развитие ЕГИСЗ потребовало законодательного закрепления и регламентации порядка функционирования государственной информационной системы обязательного медицинского страхования, ее взаимодействия с ЕГИСЗ. Это особенно важно для персонафицированного учета оказанной медицинской помощи застрахованным.

Кроме того, возможности современных информационных технологий позволили найти новые варианты реализации некоторых функций участников системы ОМС.

## **2. ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Изменения в Федеральном законе №326-ФЗ, связанные с принятием Федерального закона № 430-ФЗ, привели к существенному перераспределению полномочий в сфере обязательного медицинского страхования между публично-правовыми образованиями (ППО), а также между органами государственной власти, субъектами и участниками системы ОМС.

### **2.1. Изменение полномочий Российской Федерации**

В соответствии с Федеральным законом № 430-ФЗ в статью 5 Федерального закона № 326-ФЗ введен п.11. Теперь к полномочиям Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования относится «финансовое обеспечение предоставления застрахованным лицам специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти (далее – федеральные медицинские организации), в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования».

Следует обратить внимание, что изменение полномочий Российской Федерации часто трактуется не совсем корректно. Суть данного изменения заключается в том, что Российская Федерация вернула (а не приобрела) часть полномочий, ранее переданных субъектам Российской Федерации. Дело в том, что в соответствии с частью 1 статьи 6 Федерального закона № 326-ФЗ к полномочиям Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относится организация обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации. С 2021 года указанные выше полномочия в отношении медицинской помощи, оказываемой в рамках ОМС федеральными медицинскими организациями (пункт 11 статьи 5) возвращены на уровень Российской Федерации.

### **2.2. Изменения полномочий Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Полномочия Минздрава России в системе ОМС дополнены утверждением методики расчета объемов финансового обеспечения медицинской помощи.

Теперь Минздрав России, а не ФОМС будет устанавливать:

---

<sup>1</sup><https://tass.ru/obschestvo/8461715>

- порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования;

- требования к структуре и содержанию тарифного соглашения согласно приказу Минздрава России от 29 декабря 2020 года N 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

Целый ряд дополнительных полномочий Минздрав России приобрел в рамках опубликованных или подготовленных к публикации постановлений и распоряжений Правительства Российской Федерации в рамках реализации новой редакции Федерального закона № 326-ФЗ.

### **2.3. Изменение функций и полномочий Федерального фонда ОМС**

Федеральным законом № 430-ФЗ предусматривается существенное изменение функций Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Передав ряд полномочий Минздраву России, ФОМС получил новые полномочия в других сферах.

В частности, Федеральному фонду ОМС передаются функции страховых медицинских организаций, касающиеся взаимоотношений с федеральными медицинскими организациями. Нередко это воспринимается как наделение Федерального фонда ОМС отдельными полномочиями страховщика в части организации оказания и оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам федеральными медицинскими организациями.<sup>2</sup>

Между тем, эта ситуация, аналогична ситуации с возвращением ряда полномочий Российской Федерации, ранее переданных субъектам. Федеральный фонд ОМС изначально являлся страховщиком в сфере обязательного медицинского страхования в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования. При этом часть полномочий делегировалась территориальным фондам ОМС и страховым медицинским организациям. Сейчас речь идет о том, что функции страховщика в части оплаты медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями в рамках базовой программы ОМС и ряда других, передаются от страховых медицинских организаций страховщику в лице Федерального фонда ОМС.

### **2.4. Финансовое обеспечение выполнения Федеральным фондом ОМС дополнительных функций**

Согласно новой редакции статьи 26, часть 2, пункты 4-5 Федерального закона № 326-ФЗ расходы бюджета Федерального фонда также осуществляются в целях финансового обеспечения:

- оказания застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона № 326-ФЗ;

- ведения дела по обязательному медицинскому страхованию в части оказания застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона № 326-ФЗ.

Для выполнения функций, переданных Федеральным законом № 430-ФЗ, предусмотрено дополнительное финансовое обеспечение ФОМС.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 января 2021 года N 81 «О внесении изменения в пункт 1 постановления Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2008 г. N 1060» с 1 января 2021 г. установлены предельная штатная численность работников Федерального фонда обязательного медицинского страхования в количестве 340 человек (без персонала по охране и обслуживанию зданий) и фонд оплаты труда указанных работников в размере 86178,7 тыс. рублей (в расчете на квартал). Ранее

---

<sup>2</sup><https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74917811/#review>

предельная численность составляла 290 человек, то есть произошло увеличение на 50 человек.

В предыдущей редакции Постановления № 1060 фонд оплаты труда составлял 45605,3 тыс.руб. Данное увеличение расходов связано не только с увеличением численности работников, но и с учётом инфляционных процессов, поскольку последний раз повышение происходило в 2017 году.

Постановлением № 81 также установлено, что в 2021 году дополнительные расходы на оплату труда работников Федерального фонда обязательного медицинского страхования в целях финансового обеспечения ведения дела по обязательному медицинскому страхованию в части оказания застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в объеме 65796,7 тыс. рублей осуществляются за счет средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

## **2.5. Изменения полномочий территориальных фондов обязательного медицинского страхования**

К числу новых полномочий территориальных фондов ОМС относится получение от Федерального фонда данных персонализированного учета сведений об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи федеральными медицинскими организациями в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона № 326-ФЗ.

Кроме того, Федеральный закон № 326-ФЗ в новой редакции предусматривает, что в договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию должны содержаться положения, предусматривающие обязанность территориального фонда проводить медико-экономический контроль.

Приказом Минздрава России от 30.12.2020 N 1417н "Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" установлено, что в указанный договор должно быть включено право территориальных фондов проводить в соответствии со статьей 40 Федерального закона № 326-ФЗ медико-экономический контроль по реестрам счетов и счетам на оплату медицинской помощи по территориальной программе, представленным медицинской организацией, и направлять заключения по его результатам в медицинскую организацию.

Не отклоненные по результатам медико-экономического контроля реестры счетов и счета на оплату медицинской помощи по территориальной программе ОМС, а также заключения по итогам проведенного территориальным фондом медико-экономического контроля по указанным реестрам счетов и счетам на оплату медицинской помощи по территориальной программе ОМС направляются в страховую медицинскую организацию в соответствии со страховой принадлежностью застрахованного лица в сроки, предусмотренные порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

При выявлении нарушений медицинской организацией обязательств, установленных рассматриваемым договором, по итогам проведения медико-экономического контроля оказания медицинской организацией медицинской помощи, территориальные фонды отклоняют предъявленные счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи. Кроме того, при наличии выявленных нарушений территориальные фонды вправе требовать от страховой медицинской организации неоплаты или неполной оплаты оказанной медицинской организацией медицинской помощи по территориальной программе ОМС.

Следует отметить, что дополнительные полномочия территориальных фондов ОМС не являются для них принципиально новыми – медико-экономический контроль и другие виды контрольных мероприятий территориальные фонды и ранее выполняли в отношении медицинской помощи, оказанной «иногородним» застрахованным. Территориальный фонд

по месту оказания медицинской помощи осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования с учетом проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Рассматриваемые дополнительные полномочия территориальных фондов во многом стали возможными благодаря современному уровню развития информационных технологий, когда функция медико-экономического контроля осуществляется преимущественно в автоматизированном режиме путем сопоставления предоставляемых в электронном виде счетов (реестров счетов) с информацией, содержащейся в базах данных застрахованных, медицинских организаций, тарифов и т.д.

Централизация функций медико-экономического контроля на территории субъекта Российской Федерации в территориальных фондах привела к положительным результатам:

- обеспечено единообразие в проведении медико-экономического контроля на территории субъекта Российской Федерации, что исключает ситуацию, когда разные страховые медицинские организации выдвигали различные требования (по-разному трактовали положения нормативных правовых актов и т.д.);

- упрощена процедура выявления страховой принадлежности застрахованных лиц в случае ошибочного указания страховой медицинской организации и/или данных полиса, что позволяет избегать необходимости поиска пациента для уточнения данных полиса и/или многократной пересылки счетов от одной страховой медицинской организации к другой;

- отказ от проведения медико-экономического контроля позволил страховым медицинским организациям избежать риска санкций со стороны территориального фонда в случае наличия нарушений, допущенных ими при проведении медико-экономического контроля.

В качестве потенциального недостатка передачи медико-экономического контроля территориальным фондам ОМС можно рассмотреть снижение экономической мотивации со стороны территориальных фондов (по сравнению со страховыми медицинскими организациями), поскольку суммы от экономии целевых средств при применении санкций к медицинским организациям не приводят к увеличению средств, выделяемых на содержание территориальных фондов ОМС. Средства от применения санкций к медицинским организациям при проведении медико-экономического контроля не направляются на увеличение собственных средств страховых медицинских организаций. Кроме того, с 2020 года сэкономленные целевые средства (10% от суммы) больше не поступают в страховые медицинские организации, поэтому в настоящее время экономические стимулы к тщательному проведению медико-экономического контроля со стороны СМО ограничиваются угрозой санкций со стороны территориальных фондов при обнаружении ими ошибок, нарушений и т.д.

С другой стороны, территориальные фонды ОМС в качестве финансового органа заинтересованы в обоснованной экономии средств ОМС, поэтому, на наш взгляд, не стоит опасаться снижения качества проведения медико-экономического контроля при передаче этих функций территориальным фондам ОМС.

## **Выводы и предложения по разделу 2.5**

1. Несмотря на формальный отход от принципов классического обязательного медицинского страхования, передачу функций по проведению медико-экономического контроля от страховых медицинских организаций к территориальным фондам ОМС можно расценивать скорее в позитивном, чем негативном плане.

2. Целесообразно дополнить типовую форму договора, утвержденную приказом Минздрава России от 30.12.2020 N 1417н, и вменить в обязанности территориального фонда следующие функции:
  - при обнаружении в ходе медико-экономического контроля ошибок в данных полиса застрахованного и т.д., выяснять страховую принадлежность пациента в региональном сегменте и сообщать уточненные данные медицинским организациям для внесения исправлений в счета (реестры счетов);
  - при отсутствии сведений о пациенте в региональном сегменте - направить запрос в центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц о страховой принадлежности пациентов, не ожидая обращений со стороны медицинских организаций.

## **2.6. Изменение функций и финансового положения страховых медицинских организаций**

В связи со сложившейся в субъектах Российской Федерации структурой затрат на ведение дел страховыми медицинскими организациями и с учетом увеличения средств обязательного медицинского страхования в проекте федерального закона предусматривалось уменьшение нормативного размера средств, предоставляемых территориальным фондом обязательного медицинского страхования страховой медицинской организации на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, от 1-2 до 0,5-1% от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам. [5]

Одним из аргументов сокращения норматива в два раза являлось то, что в подавляющем большинстве регионов норматив не превышал 1%. При этом страховые медицинские организации перестают выполнять функции по проведению медико-экономического контроля.

В свою очередь, в качестве контраргумента, представители страхового сообщества указывали на то, что ранее установленный 1% - это минимальный уровень, поэтому в случае, если будет установлен диапазон 0,5-1,0 % и если норматив будет также установлен на минимальном уровне, то это будет 0,5 %, то есть произойдет реальное снижение в два раза.

Сомнения в целесообразности такого резкого снижения высказала и Счетная палата Российской Федерации. В заключении Счетной палаты на проект Федерального закона № 1027750-7 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» отмечается, что обоснование такого уменьшения норматива в законопроекте не представлено. По мнению Счетной палаты, такое решение несет риски отхода от страховых принципов в системе ОМС и ее финансовой устойчивости, а также риски ненадлежащего исполнения страховыми организациями своих полномочий в сфере ОМС, в том числе по контролю качества медицинской помощи и защите прав застрахованных лиц. [11]

С учетом всех этих факторов законодатели согласились на компромиссный вариант. В итоговой редакции принятого закона соответствующая фраза была сформулирована следующим образом: «Территориальный фонд предоставляет страховой медицинской организации средства, предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с нормативом, предусмотренным договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, в размере не менее 0,8 процента и не более 1,1 процента от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам».

Данные изменения помимо экономии средств могут привести к уменьшению количества страховых медицинских организаций за счёт закрытия небольших компаний и укрупнению уже имеющихся.

В целом реальные финансовые потери страховых медицинских организаций в рамках новой нормативной базы будут связаны со следующими факторами:

- уменьшение норматива на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию с диапазона 1-2 % до 0,8-1,1 %;

- уменьшение суммарных доходов страховых медицинских организаций, получаемых в виде норматива на ведение дела за счет исключения из договорных - взаимоотношений с федеральными медицинскими организациями;

- потеря возможности увеличения собственных средств за счет средств, поступивших из федеральных медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

- потеря средств из-за прекращения осуществления медико-экономического контроля в рамках реализации территориальных программ ОМС и увеличение собственных средств за счет экономии целевых средств.

Последний пункт связан с тем, что в соответствии с Федеральным законом от 28 января 2020 г. N 3-ФЗ с 8 февраля 2020 г. утратил силу подпункт 5) пункта 4 статьи 28 Федерального закона № 326-ФЗ, где говорилось о том, что собственными средствами страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования являются, в том числе, 10% средств, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, определяемых исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов.

Таким образом, с учетом того, что с 2020 года страховые медицинские организации лишились права получать в качестве собственных средств 10% от сэкономленных целевых средств, можно констатировать, что в целом финансовые ресурсы страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования существенно сократились.

Предполагалось, что уменьшение размера средств, предоставляемых страховой медицинской организации на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, позволит высвободить средства обязательного страхования в объеме до 6,8 млрд. рублей к 2023 году, которые могут быть направлены на реализацию территориальных программ обязательного медицинского страхования. [5]

Правда, с учетом пересмотра размера норматива в сторону повышения, по сравнению с первоначальным проектом, реальная экономия будет значительно меньше.

Экономия средств из-за пересмотра нормативов и функций участников системы ОМС может оказаться меньше ожидаемой еще по одной причине. Передача функций по проведению медико-экономического контроля от страховых медицинских организаций территориальным фондам ОМС неизбежно приведет к тому, что территориальные фонды будут настаивать на увеличении средств, выделяемых на их содержание в связи с потребностью в дополнительных кадрах, рабочих местах, необходимых для выполнения дополнительных функций.

С другой стороны, из-за выпадения из сферы договорных отношений федеральных медицинских организаций, а также исключения из функций страховых медицинских организаций проведения медико-экономического контроля, объемы деятельности страховых медицинских организаций тоже сократились. Сэкономленные за счет этого средства позволят улучшить финансовое обеспечение непосредственного оказания медицинской помощи.

Очевидно, что изменения в функциях и полномочиях страховых медицинских организаций продолжатся. Президент России поручил Правительству России с участием Банка России и некоммерческой организации "Всероссийский союз страховщиков" предоставить предложения о необходимости уточнения полномочий страховых медицинских организаций с учетом принятия Федерального закона № 430-ФЗ. [2]

## Выводы и предложения по разделу 2.6

1. В целом, сфера деятельности и объемы финансового обеспечения страховых медицинских организаций значительно сократились.
2. Страховые медицинские организации, потеряв функцию медико-экономического контроля, одновременно теряют значимый источник собственных средств.

## 2.7. Сравнительная характеристика полномочий участников системы ОМС

В таблице 1 представлены основные изменения полномочий участников системы обязательного медицинского страхования.

Таблица 1. - Характеристика изменений полномочий участников системы ОМС

Публично-правовые образования, органы государственной власти, субъекты и участники системы ОМС	Полномочия, перешедшие к другой стороне	Новые полномочия
Российская Федерация	-	Финансовое обеспечение предоставления застрахованным лицам специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти
Субъекты Российской Федерации	Осуществление расчетов за медицинскую помощь, оказанную федеральными и медицинскими организациями, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона № 326-ФЗ	-
Минздрав России	-	-утверждение методики расчета объемов финансового обеспечения медицинской помощи; -установление порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения; -установление требований к структуре и содержанию тарифного соглашения
Федеральный фонд ОМС	-установление порядка осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам; -установление требований к структуре и содержанию тарифного соглашения	-возмещение расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью; -ведение единого реестра медицинских организаций; -ведение единого реестра экспертов качества медицинской помощи; - использование средств нормированного страхового запаса для федеральных медицинских организаций
Территориальные фонды	- использование средств нормированного страхового	- получение от Федерального фонда данных персонифицированного учета

Публично-правовые образования, органы государственной власти, субъекты и участники системы ОМС	Полномочия, перешедшие к другой стороне	Новые полномочия
	запаса территориального фонда для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования в соответствии с п.7.1) ч.2. статьи 20 Федерального закона № 326-ФЗ применительно к федеральным медицинским организациям	сведений об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, федеральными медицинскими организациями в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона № 326-ФЗ; - осуществление медико-экономического контроля в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию
СМО	- осуществление медико-экономического контроля в рамках реализации территориальных программ ОМС; - осуществление оплаты медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями в рамках базовой программы ОМС;	-

### **3. НОВАЯ СИСТЕМА ДОГОВОРОВ В РАМКАХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

#### **3.1. Договоры в сфере обязательного медицинского страхования**

На первом этапе внедрения системы обязательного медицинского страхования в соответствии с Законом Российской Федерации от 28 июня 1991 г. N 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", существовало три вида договоров:

1. Договоры медицинского страхования (соглашение между страхователем и страховой медицинской организацией).
2. Договоры территориального фонда ОМС со страховой медицинской организацией.
3. Договоры страховых медицинских организаций с медицинскими организациями на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию.

В соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ (до принятия Федерального закона № 430-ФЗ) в системе ОМС существовало два вида договоров:

1. Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.
2. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

После принятия Федерального закона № 430-ФЗ в системе ОМС существует три вида договоров:

1. Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.



2. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

3. Договор на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Изменения также коснулись содержания ранее существовавших договоров.

### **3.2. Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования**

Изменения в договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования невелики.

Например, исключено требование к страховым медицинским организациям по проведению медико-экономического контроля.

Уточнены положения о том, что оплата медицинским организациям, включенным в реестр медицинских организаций, медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам осуществляется в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования.

Наиболее значимое изменение касается финансового обеспечения обязательного медицинского страхования – предусматривается уменьшение средств, предназначенных на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с нормативом, предусмотренным договором - в размере не менее 0,8 процента и не более 1,1 процента (вместо прежних 1,0 – 2,0 %) от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам.

### **3.3. Новая форма договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию**

В соответствии с новой редакцией Федерального закона № 326-ФЗ договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию вместо двухстороннего становится трехсторонним и заключается между следующими сторонами:

- 1) 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;
- 2) территориальным фондом обязательного медицинского страхования;
- 3) страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в установленном Федеральным законом порядке.

По договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация обязуется:

1) Оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования и в рамках объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных медицинской организации решением комиссии, указанной в части 9 статьи 36 Федерального закона № 326-ФЗ, в случае, если медицинская помощь оказывается в пределах территории субъекта Российской Федерации, в котором застрахованному лицу выдан полис обязательного медицинского страхования. Оплата оказанной медицинской помощи в этом случае производится страховой медицинской организацией.

2) Оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в случае, если медицинская помощь

оказывается за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором застрахованному лицу выдан полис обязательного медицинского страхования. Оплата оказанной медицинской помощи в этом случае производится территориальным фондом ОМС.

В договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию должны содержаться положения, предусматривающие обязанность территориального фонда проводить медико-экономический контроль.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с тарифным соглашением, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования, на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.

В соответствии с указанными положениями законодательства был принят приказ Минздрава России от 30.12.2020 N 1417н "Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию". Признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. N 1355н "Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию".

#### **3.4. Договор на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы – новый вид договора в системе обязательного медицинского страхования**

В новой редакции Федерального закона № 326-ФЗ установлен порядок заключения договора, связанного с реализацией базовой программы обязательного медицинского страхования, между федеральной медицинской организацией и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Таким образом, Федеральные медицинские организации, включённые в единый реестр, как правило, будут осуществлять свою деятельность в сфере ОМС на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, заключаемого между ними и Федеральным фондом.

Оговорка «как правило» - не случайна – данный вид договора касается только порядка финансового обеспечения федеральных медицинских организаций в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона № 326-ФЗ. Федеральные медицинские организации в ряде случаев могут быть участниками и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в рамках реализации территориальных программ ОМС.

Итак, участниками договора являются федеральные медицинские организации, включенные в единый реестр, и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Участие в этом договоре страховых медицинских организаций не предполагается.

Необходимо отметить, что ФОМС не полностью дублирует функции страховых медицинских организаций. Например, средства от санкций, примененных к федеральным медицинским организациям, не служат источником средств, направляемых на содержание ФОМС (не становятся собственными средствами ФОМС).

#### **3.5. Обязанности участников договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования**

### **Обязанности Федерального фонда ОМС**

В соответствии с требованиями новой редакции Федерального закона № 326-ФЗ в обязанности Федерального фонда ОМС по договору на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования входит:

1) получение от медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, сведений, необходимых для осуществления контроля за соблюдением требований к оказанию медицинской помощи застрахованным лицам, информации о режиме работы указанных организаций, видах оказываемой медицинской помощи и иных сведений в объеме и порядке, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, а также обеспечение конфиденциальности и сохранности указанных сведений и осуществление проверки их достоверности;

2) проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, в соответствии со статьей 40 Федерального закона № 326-ФЗ;

3) организация оказания медицинской помощи застрахованному лицу другой медицинской организацией в случае утраты медицинской организацией, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, права на осуществление медицинской деятельности.

### **Обязанности федеральных медицинских организаций, включённых в единый реестр**

1) Предоставление сведений о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимых для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, а также информации о режиме работы указанной организации, видах оказываемой медицинской помощи и иных сведений в объеме и порядке, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

2) Предоставление реестров счетов и счетов на оплату оказанной медицинской помощи.

3) Предоставление отчетности об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи и иной отчетности в порядке, установленном Федеральным фондом.

4) Выполнение иных предусмотренных Федеральным законом № 326-ФЗ и договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования обязанностей.

Оплата медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями, будет осуществляться на основании предоставленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах установленных объемов предоставления медицинской помощи.

За неоказание, несвоевременное оказание медицинской помощи или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования медицинская организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти, будет оштрафована в порядке и размере, которые установлены указанным договором.

При несогласии федеральной медицинской организации с заключением Федерального фонда она вправе обжаловать заключение или решение в судебном порядке.

**3.6. Сравнительный анализ  
договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному  
медицинскому страхованию и договора на оказание и оплату медицинской помощи в  
рамках базовой программы ОМС**

Сравнительная характеристика договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС приведены в Таблице 2.

Таблица 2. - Сравнительная характеристика различных видов договоров на оказание и оплату медицинской помощи в системе ОМС

<b>Параметр сравнения</b>	<b>Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию от 30.12.2020 N 1417н "Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию"</b>	<b>Договор на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС от 29.12.2020 г. № 1396н "Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования"</b>
Реализуется в рамках	Территориальной программы ОМС	Базовой программы ОМС
Стороны договора	1. Территориальный фонд ОМС 2. Страховая медицинская организация 3. Медицинская организация	1. Федеральный фонд ОМС 2. Федеральная медицинская организация
Требования к медицинским организациям	Включение в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы ОМС и которым решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС	Включение в единый реестр медицинских организаций, подведомственных федеральному органу исполнительной власти, которой установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования
Проведение медико-экономического контроля осуществляет	Территориальный фонд ОМС	Федеральный фонд ОМС
Проведение медико-экономической экспертизы осуществляет	Страховая медицинская организация	Федеральный фонд ОМС
Проведение экспертизы качества медицинской помощи осуществляет	Страховая медицинская организация	Федеральный фонд ОМС
Оплаты счетов (реестров счетов) осуществляет	Страховая медицинская организация	Федеральный фонд ОМС
Санкции к медицинским организациям применяет	Страховая медицинская организация	Федеральный фонд ОМС

**4. НОВЫЙ ПОРЯДОК УЧАСТИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ  
ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ**

#### **4.1. Порядок направления застрахованных лиц в федеральные медицинские организации**

В соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ в редакции 430-ФЗ<sup>3</sup>, положение о праве застрахованных на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья дополнено правом на выбор, в том числе медицинской организации, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, оказывающей медицинскую помощь в соответствии с пунктом 11 статьи 5 данного Федерального закона. Порядок направления застрахованных лиц в медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, для оказания медицинской помощи (далее – Порядок) устанавливается Минздравом России.

В целях реализации данных положений Федерального закона № 326-ФЗ издан приказ Минздрава России от 23.12.2020 N 1363н "Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования".

Суть нового Порядка заключается в следующем: направление пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи, осуществляется лечащим врачом медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с медицинскими показаниями, приведенными в пункте 7 Порядка, утвержденного приказом № 1363н. Порядок направления в федеральную медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи рассматривается отдельно.

Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор федеральной медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача.

В случае если в реализации базовой программы ОМС принимают участие несколько федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь при заболеваниях, состояниях (группе заболеваний, состояний), соответствующих заболеваниям, при которых осуществляется направление пациента в федеральные медицинские организации, лечащий врач обязан проинформировать пациента (законного представителя пациента) о возможности выбора федеральной медицинской организации, в том числе о возможных сроках ожидания специализированной медицинской помощи, которые могут превышать сроки ожидания, установленные программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Лечащий врач при направлении пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи определяет наличие одного или нескольких медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи, предусмотренных в пункте 7 Порядка.

Медицинскими показаниями для оказания специализированной медицинской помощи в федеральных медицинских организациях (п.7 Порядка) являются:

а) нетипичное течение заболевания и (или) отсутствие эффекта от проводимого лечения;

---

<sup>3</sup>пункт 4 части 1 статьи 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"

б) необходимость применения методов лечения, не выполняемых в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

в) высокий риск хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием коморбидных заболеваний;

г) необходимость выполнения повторных хирургических вмешательств в случаях, предусмотренных подпунктами "а" - "в" пункта 7;

д) необходимость дополнительного обследования в диагностически сложных случаях и (или) в случаях комплексной предоперационной подготовки у пациентов с осложненными формами заболевания и (или) коморбидными заболеваниями для последующего лечения;

е) необходимость повторной госпитализации по рекомендации федеральной медицинской организации.

В случае наличия на территории проживания населения, в том числе в закрытых административно-территориальных образованиях, федеральной медицинской организации, которая является единственной оказывающей специализированную медицинскую помощь на данной территории, направление пациентов в указанную медицинскую организацию для получения специализированной медицинской помощи осуществляется лечащим врачом без учета медицинских показаний, указанных в пункте 7 Порядка.

Пациент (его законный представитель) при наличии результатов лабораторных, инструментальных методов исследований, подтверждающих установленный диагноз и наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи, может самостоятельно обратиться в федеральную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи по перечню заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых федеральными медицинскими организациями оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в стационарных условиях и условиях дневного стационара, согласно базовой программе ОМС.

На рассматриваемые случаи не распространяется действие Приказа Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2012 года N 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». Однако, если речь идет о случаях направлении застрахованных лиц в федеральные медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи в рамках не базовой, а территориальных программ ОМС, то положения Приказа № 406ндействуют.

Основанием для госпитализации пациента в федеральную медицинскую организацию в рамках базовой программы ОМС для оказания специализированной медицинской помощи является решение врачебной комиссии федеральной медицинской организации о наличии медицинских показаний для госпитализации.

Новый порядок направления в федеральные медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи является одним из наиболее значимых моментов в модифицированной конструкции системы ОМС. Федеральные медицинские организации восстанавливают свой изначальный статус - оказывать медицинскую помощь при наиболее сложных случаях, требующих высокой квалификации медицинских работников и т.д., который в значительной степени был утерян при оказании ими медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС.

Именно это имели в виду авторы законопроекта, когда указывали, что предусмотренные законопроектом изменения направлены на повышение эффективности использования средств обязательного медицинского страхования и предоставления медицинской помощи. [5]

#### **Выводы и предложения по разделу 4.1.**

1. Новый порядок направления пациентов в федеральные медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС заслуживает положительной оценки, поскольку включает в себя и обоснованный отбор пациентов на основе установленных медицинских показаний, и учитывает право застрахованных граждан на выбор медицинской организации.
2. Порядок направления пациентов в федеральную медицинскую организацию четко регламентирован, но достаточно сложен, что создает риск возникновения конфликтов и претензий со стороны пациентов, которым трудно разобраться в новом порядке. С целью предупреждения конфликтов требуется проведение разъяснительной работы среди пациентов.
3. Реализация права пациентов самостоятельно обратиться в федеральную медицинскую организацию при наличии результатов лабораторных, инструментальных и других методов исследований, подтверждающих установленный диагноз, и медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи в рамках базовой программой ОМС может быть ограничена объемами медицинской помощи, выделяемыми ФОМС для федеральных медицинских организаций.

#### **4.2. Право участия федеральных медицинских организаций в реализации территориальных программ ОМС**

Следует особо подчеркнуть, что новый порядок финансового обеспечения федеральных медицинских организаций в рамках базовой программы ОМС не лишает их права участвовать в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, в некоторых случаях по-прежнему смогут оказывать медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой ОМС. Это сможет происходить в случае распределения им объемов предоставления медицинской помощи комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

Часть 5 статьи 15 Федерального закона № 326-ФЗ в новой редакции устанавливает, что медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и (или) договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. Это означает, что в определенных случаях медицинская организация может участвовать в оказании медицинской помощи в соответствии как с территориальной, так и базовой программы обязательного медицинского страхования. Правда, это относится лишь к федеральным медицинским организациям.

Аналогичное положение содержится и в программе госгарантий на 2021 год: федеральная медицинская организация вправе оказывать первичную медико-санитарную помощь и скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования. Федеральные медицинские организации вправе оказывать специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования в случае распределения им объемов предоставления медицинской помощи в соответствии с частью 10 статьи 36 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации.

Федеральная медицинская организация может участвовать в реализации территориальных программ ОМС в случае:

- оказания первичной медико-санитарной помощи;

- оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи;

- распределения объемов предоставления медицинской помощи по видам, не входящим в «Примерный перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях и в условиях дневного стационара», приложение № 3 к Программе госгарантий (далее – Примерный перечень заболеваний);

- распределения объемов предоставления медицинской помощи, входящей в Примерный перечень заболеваний, сверх объемов, доведенных по договору с Федеральным фондом ОМС (в связи с наличием незадействованных мощностей и т.д.).

При оказании медицинской помощи федеральными медицинскими организациями в экстренной форме могут складываться следующие основные ситуации:

- 1) Необходимость оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам, получающим специализированную медицинскую помощь в плановой форме в самой федеральной медицинской организации. Такая помощь осуществляется безотлагательно и оплачивается по тарифам, порядок установления которых предусматривается Приложением № 2 к программе госгарантий, в соответствии с примерным перечнем, предусмотренным Приложением № 3 к Программе госгарантий.
- 2) Предоставление пациентам медицинской помощи в экстренной форме по тем видам медицинской помощи, по которым федеральная медицинская организация не получила объемы от ФОМС (по базовой программе ОМС), но по которым включена в территориальную программу ОМС и получила объемы медицинской помощи в рамках решения Комиссии по разработке территориальной программы ОМС. Оплата производится по тарифам, рассчитанным на основе приложения 2 к Программе госгарантий.
- 3) Предоставление пациентам медицинской помощи застрахованным лицам в экстренной форме по видам медицинской помощи, по которым федеральная медицинская организация не включена в территориальную программу ОМС и по которым не выделены объемы медицинской помощи, ни по базовой программе ОМС, ни по территориальным программам ОМС. С правовой точки зрения этот вопрос не урегулирован.
- 4) Предоставление медицинской помощи в экстренной форме пациентам, не застрахованным в системе ОМС. В данном случае вопрос о порядке и стоимости возмещения затрат должен быть урегулирован в рамках программы госгарантий. Программа на 2021 год устанавливает: «средние нормативы объема медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, включаются объемы медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования». Однако, зачастую реальный механизм возмещения затрат для федеральных медицинских организаций в подобных случаях не разработан.

#### **Выводы и предложения по разделу 4.2**

1. Федеральные медицинские организации в целом ряде случаев имеют право на участие в реализации не только базовой, но и территориальных программ ОМС, что в целом можно рассматривать с положительной стороны.
2. Вместе с тем, одновременное участие медицинских организаций в реализации не только базовой, но и территориальных программ ОМС, будет создавать сложности



как для них самих, так и для фондов ОМС, страховых медицинских организаций, а также риск появления путаницы, дублирования счетов и т.д. Решение этой проблемы в значительной мере должно быть обеспечено в рамках новой системы информационного обмена в системе ОМС.

3. Имеются риски, связанные с оказанием медицинской помощи в экстренной форме. Эти вопросы нуждаются в более четком урегулировании.

#### **4.3. Изменения в нормативно-правовом регулировании оказания высокотехнологичной медицинской помощи**

В настоящее время перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи включает в себя:

- Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования;
- Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Соответственно, в Программе госгарантий (Постановление № 2299) в Приложении 1 содержатся два раздела:

Раздел I. Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Раздел II. Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования федеральным государственным учреждениям и медицинским организациям частной системы здравоохранения, бюджетных ассигнований федерального бюджета в целях предоставления субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, и бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации.

В названиях разделов уже указаны источники и каналы доведения средств по видам высокотехнологичной медицинской помощи, включенных и не включенных в базовую программу ОМС.

Постановлением Правительства РФ от 27.02.2021 N 276 внесены изменения в Правила финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации федеральными государственными учреждениями. Речь идет о Постановлении Правительства РФ от 5 декабря 2016 г. N 1302 "Об утверждении Правил финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации федеральными государственными учреждениями".

При этом направление пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется в соответствии с порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в соответствии с приказом Минздрава России от 2 октября 2019 года N 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

Отдельные вопросы направления пациентов в федеральные медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи отражены в приказе

Минздрава России от 23.12.2020 N 1363н "Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования".

Вопросы индексации заработной платы в структуре тарифа регламентируется приказом Минздрава России от 11 января 2021 г. N 1н "Об утверждении доли заработной платы в структуре среднего норматива финансовых затрат на единицу объема высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, и формы представления органами, осуществляющими функции и полномочия учредителей, сведений о показателях объема высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, установленных для государственных учреждений в государственном задании, на год, предшествующий году, на который рассчитывается субсидия".

### **Выводы и предложения по разделу 4.3**

1. Высокотехнологичная медицинская помощь, входящая в базовую программу ОМС, оплачивается непосредственно Федеральным фондом ОМС.
2. Порядок оплаты высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, не претерпел существенных изменений как в целом, так и применительно к федеральным медицинским организациям.
3. Поскольку источником средств оплаты, оказанной высокотехнологичной медицинской помощи (как включенной, так и не включенной в базовую программу ОМС) являются средства бюджета Федерального фонда ОМС, не передаваемые в виде субвенций субъектам Российской Федерации, следующим логичным шагом могло бы стать объединение перечней видов высокотехнологичной медицинской помощи применительно к федеральным медицинским организациям.

## **5. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

### **5.1. Система тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках ОМС**

В рамках настоящего доклада под тарифами понимается стоимостное выражение единицы медицинской помощи (в том числе нормативы финансовых затрат).

Порядок установления тарифов в системе ОМС и до принятия Федерального закона № 430-ФЗ был достаточно сложным. Существовали следующие основные виды тарифов:

- тарифы, утверждаемые в рамках территориальных программ ОМС;
- тарифы (нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи) по видам высокотехнологичной медицинской помощи, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования;

- тарифы (нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи) по видам высокотехнологичной медицинской помощи, не включенные в базовую программу обязательного медицинского страхования, но оплачиваемые за счет средств ОМС.

После принятия Федерального закона № 430-ФЗ система тарифов еще более усложнилась и выглядит следующим образом:

- тарифы, утверждаемые в рамках территориальных программ ОМС;

- тарифы на оплату специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования;

- тарифы (нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи) по видам высокотехнологичной медицинской помощи, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования;

- тарифы (нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи) по видам высокотехнологичной медицинской помощи, не включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, но оплачиваемые за счет средств ОМС.

## **5.2. Порядок установления тарифов в рамках реализации базовой программы ОМС**

Порядок установления тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона № 326-ФЗ, устанавливается Правительством Российской Федерации в составе базовой программы обязательного медицинского страхования.

Приложением №2 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов (далее Программа госгарантий) является «Положение об установлении тарифов на оплату специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляет Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования.

Одно из нововведений в формировании тарифов коснулось оплаты случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых. Предложено применять поправочные коэффициенты и коэффициенты дифференциации только к доле заработной платы и прочих расходов в структуре КСГ. По мнению разработчиков, такой подход должен привести к повышению эффективности расходования средств обязательного медицинского страхования, а также возможности перераспределения средств в рамках общего объема средств на оплату медицинской помощи по профилю "Онкология".

По нашим экспертным оценкам, новый порядок формирования тарифов для федеральных медицинских организаций при реализации базовой программы ОМС по ряду затратных КСГ будет более выгодным, чем в рамках территориальных программ ОМС.

Многие федеральные медицинские организации уже столкнулись с тем, что новая система тарифов оказалась отличной от той, что действовала в субъекте Российской Федерации, на территории которого они расположены. Это, в основном, касается медорганизаций, расположенных в г.Москве и г. Санкт-Петербурге, работающих по медико-экономическим стандартам.

## **5.3. Порядок установления тарифов в рамках реализации территориальных программ ОМС**

Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил обязательного медицинского страхования, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования. В настоящее

время это приказ Минздрава России от 28 февраля 2019 г. N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования".

В соответствии со статьей 30 Федерального закона № 326-ФЗ в новой редакции тарифы на оплату медицинской помощи, за исключением тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в соответствии с пунктом 11 статьи 5 данного Федерального закона, устанавливаются тарифным соглашением, заключаемым между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального закона № 326-ФЗ. Речь идет о Комиссии по разработке территориальных программ ОМС. Требования к структуре и содержанию указанного тарифного соглашения с 01.01.2021 устанавливаются Минздравом России.

Указанные выше тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации, являются едиными для всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории субъекта Российской Федерации, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию приведена в разделе XII Правил обязательного медицинского страхования (далее – Правила ОМС).

При этом Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – Методические рекомендации), которые ежегодно готовятся совместно Минздравом России и Федеральным фондом ОМС, основаны на несколько иных принципах, чем предусмотрено Правилами ОМС.

В частности, в соответствии с Методическими рекомендациями, оплата медицинской помощи по клинико-статистическим группам (КСГ) рассчитывается исходя из установленных в тарифном соглашении субъекта Российской Федерации базовой ставки, коэффициента относительной затратноемкости и поправочных коэффициентов. Базовая ставка - это средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных Методическими рекомендациями (средняя стоимость законченного случая лечения). В Правилах ОМС такой вариант расчета тарифа не отражен. Таким образом, методику расчета тарифа на специализированную медицинскую помощь, оказываемую в условиях дневного и круглосуточного стационара, целесообразно согласовать с Правилами ОМС.

### **Выводы и рекомендации по разделу 5**

1. Предложенный подход к формированию тарифов на случаи применения дорогостоящей химиотерапии при онкозаболеваниях в модели КСГ должен привести к повышению эффективности расходования средств обязательного медицинского страхования. Считаем целесообразным предложить использование аналогичного подхода и к иным КСГ, направленным на лекарственное обеспечение дорогостоящими лекарственными препаратами

- (напр., при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов).
2. Новый порядок формирования тарифов для федеральных медицинских организаций, участвующих в реализации базовой программы ОМС, при оказании ими специализированной медицинской помощи, по ряду дорогостоящих КСГ (при коэффициенте затратоемкости от 2 и более), более выгоден, чем прежний, в силу использования дополнительных повышающих поправочных коэффициентов.
  3. Методика расчета тарифа на специализированную медицинскую помощь, оказываемую в условиях дневного и круглосуточного стационара, нуждается в совершенствовании – в приведении в согласование с положениями Правил ОМС.

## **6. ПОРЯДОК РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ БАЗОВОЙ И ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОМС**

### **6.1. Порядок распределения объемов медицинской помощи для федеральных медицинских организаций в рамках базовой программы ОМС**

Объемы медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти (специализированной, в том числе высокотехнологичной, в стационарных условиях и условиях дневного стационара) в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования распределяются и перераспределяются между федеральными медицинскими организациями с учетом мощностей организаций и объемов оказываемой медицинской помощи за счет иных источников финансирования.

Порядок распределения и перераспределения указанных объемов устанавливается Правительством Российской Федерации. Правительство подготовило проект постановления «Об утверждении Правил распределения и перераспределения объемов предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, между медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти». На сегодняшний день рассматриваемый порядок регулируется Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (далее – постановление № 2299).

Постановлением № 2299 (в редакции Постановления Правительства РФ от 11.03.2021 N 354) определено, что до утверждения порядка распределения и перераспределения объемов предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, федеральная медицинская организация осуществляет оказание указанной медицинской помощи при заболеваниях, состояниях (группе заболеваний, состояний), приведенных в приложениях N 1 и 3 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов.

В течение переходного периода финансовое обеспечение федеральных медицинских организаций, заключивших с Фондом договоры на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, осуществляется Фондом путем предоставления авансов в размере:

- одной двенадцатой объема финансового обеспечения, полученного федеральной медицинской организацией в 2019 году за оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского

страхования, с учетом индексации указанного объема финансового обеспечения с применением индексов, используемых при формировании федеральных законов о бюджете Фонда на очередной финансовый год и плановый период (на 2020 год и на 2021 год) - для федеральных медицинских организаций, осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в первом полугодии 2019 г.;

- одной двенадцатой от расчетного заявляемого федеральной медицинской организацией объема финансового обеспечения оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, приведенного в заявке, направленной федеральной медицинской организацией в соответствии с частью 2.2 статьи 15 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", скорректированного на коэффициент 0,8, - для федеральных медицинских организаций, не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в первом полугодии 2019 г.

Федеральные медицинские организации обеспечивают направление в Фонд информации об оказании ими специализированной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в сроки, по формам и в порядке, которые установлены Фондом в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

До распределения в соответствии с порядком распределения объемов предоставления медицинской помощи между федеральными медицинскими организациями в договорах на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, заключаемых в соответствии с законодательством Российской Федерации между федеральной медицинской организацией и Фондом, указывается в расчете на первое полугодие 2021 г.:

- фактический объем оказанной в рамках обязательного медицинского страхования специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи за первое полугодие 2019 г. - для федеральных медицинских организаций, осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в первом полугодии 2019 г.;

- расчетный заявленный федеральной медицинской организацией объем предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, приведенный в заявке, направленной федеральной медицинской организацией в соответствии с частью 2.2 статьи 15 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", скорректированный на коэффициент 0,4, - для федеральных медицинских организаций, не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в первом полугодии 2019 г.

При формировании, распределении и утверждении объемов предоставления специализированной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2021 год учитываются объемы оказанной в течение переходного периода федеральными медицинскими организациями специализированной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на дату утверждения распределения.

Оплата специализированной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, оказанной федеральными медицинскими организациями, в том числе в течение переходного периода, осуществляется Фондом после распределения указанных федеральными медицинскими организациями объемов предоставления медицинской помощи на основании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, представленных федеральными медицинскими организациями, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования с учетом сумм авансов,

предоставленных федеральным медицинским организациям в течение переходного периода.

Основанием для распределения объемов медицинской помощи являются заявки федеральных медицинских организаций, форма и порядок подачи которых утверждены приказом Минздрава от 21 декабря 2020 г. № 1346н "Об утверждении формы и порядка подачи заявки на распределение медицинской организации объемов предоставления медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

### **Выводы и предложения по разделу 6.1**

1. Разработка порядка распределения объемов медицинской помощи для федеральных медицинских организаций в рамках базовой программы ОМС – достаточно сложная задача, вызвавшая необходимость введения переходного периода, в рамках которого установлен временный порядок, что подтверждается тем, что во временный порядок, утвержденный в конце 2020 года, уже внесены изменения.
2. Предложенный вариант авансирования федеральных медицинских организаций в рамках временного порядка в целом можно считать рациональным.

### **6.2. Порядок распределения объемов медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС**

В соответствии с частью 10 статьи 36 Федерального закона № 326-ФЗ в новой редакции объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленные в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС (далее – Комиссия), между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, потребности застрахованных лиц в медицинской помощи, а также нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в котором застрахованным лицам выдан полис обязательного медицинского страхования, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи данным застрахованным лицам за пределами территории этого субъекта Российской Федерации.

Распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями одна из ключевых проблем современной системы ОМС, часто вызывающей недовольство медицинских организаций, споры, конфликты и судебные процессы. С одной стороны, это закономерно – любой процесс распределения объемов, квот, заказов, подрядов и т.д. вызывает конфликты, свидетельством чему может служить, например, система госзаказа, регулируемая Федеральным законом "О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд" от 05.04.2013 N 44-ФЗ (Федеральный закон № 44-ФЗ).

С другой стороны, в отличие от госзаказа, распределение объемов медицинской помощи только в ряде случаев основывается на четких критериях.

Действительно, объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, распределяются между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, что не вызывает особых вопросов. Проблемы в этой области касаются следующих ситуаций:

- распределение (перераспределение) объемов для частных медицинских организаций, входящих в систему ОМС (в том числе, в рамках ГЧП, концессионных и иных соглашений). В настоящее время юридически не решен вопрос о том, вправе ли какой-либо государственный орган при появлении частной медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, открепить жителей от государственной поликлиники (например, требующей сноса или реконструкции в силу ветхости) и прикрепить к частной медицинской организации. Каждый субъект Российской Федерации решает этот вопрос по-своему. Положительный опыт решения подобных проблем имеется в Белгороде, Великом Новгороде, Оренбурге, Челябинске и ряде других регионов. В иных случаях региональные власти опасаются привлекать частные медицинские организации. Так, при пустующем новом корпусе частной поликлиники в одном из регионов, планируется строительство за государственный счет новой поликлиники, которая, по предварительной оценке, обойдется бюджету в 400 млн рублей.<sup>4</sup> Нам представляется целесообразным закрепить за региональными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения право менять в подобных случаях закрепление граждан за медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, любых форм собственности, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам;

- распределение объемов медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в отношении медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения, а также оказывающих отдельные виды диагностических исследований, оплачиваемых сверх подушевых нормативов. Речь идет о диагностических центрах, специализированных «узкопрофильных» медицинских организациях и т.д. Актуальность данной проблемы резко повысилась в связи с информатизацией отрасли и появлением новых организационных форм оказания медицинской помощи, прежде всего, телемедицинских технологий. Это касается, например, создаваемых централизованных региональных кардиопунктов в рамках региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения (осуществляющих дистанционную расшифровку ЭКГ); радиологических и иных референс-центров (создаваемых для описания снимков, получения «второго мнения» и т.д.); цифровых мини-поликлиник, «умных поликлиник» (имеющих минимальное количество врачей и осуществляющих консультации «узких» специалистов, а также ряд диагностических исследований с использованием телемедицинских технологий)<sup>5</sup> и т.д.;

- распределение других видов медицинской помощи (специализированная, скорая и т.д.).

Применительно к двум последним пунктам используется законодательно определенный принцип распределения объемов исходя из «потребности застрахованных лиц в медицинской помощи». При этом понятие «потребность застрахованных лиц в медицинской помощи» не расширявается. Поэтому необходима выработка четких критериев распределения объемов медицинской помощи в указанных случаях.

Необходимо отметить, что в последние годы в этой сфере благодаря усилиям Минздрава России был сделан существенный прорыв.

Положение о деятельности комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, Приложение N 1 к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. N 108н (в отличие от аналогичного приложения в приказе Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования") содержит критерии распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями (п.11):

---

<sup>4</sup><https://www.bnkomi.ru/data/news/123507/#comment-2635673>

<sup>5</sup><https://www.youtube.com/watch?feature=youtu.be&v=w0ILHODGh2c&app=desktop>



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

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

3) количество диагностических и (или) консультативных услуг для обеспечения потребности медицинских организаций по выполнению порядков оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи по заболеваниям и состояниям в полном объеме при отсутствии или недостаточности у медицинских организаций данных диагностических и (или) консультативных услуг;

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

5) необходимость и возможность внедрения новых медицинских услуг или технологий;

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

7) достаточность мощности медицинской организации для выполнения объемов медицинской помощи, заявленных медицинской организацией в уведомлении об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

При распределении объемов медицинской помощи между медицинскими организациями критерии должны рассматриваются Комиссией комплексно.

Тем не менее конкретная методика учета критериев, а также оценка их весовых значений, отсутствует. Очевидно, что такая методика должна быть утверждена на федеральном уровне в целях установления единообразных подходов и минимизации конфликтных ситуаций.

Добавим, что пунктом 3 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения (приказ Минздрава России от 29 декабря 2020 года N 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения») установлено, что по решению субъекта Российской Федерации в тарифном соглашении отдельным разделом может быть предусмотрено определение распределения объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, между медицинскими организациями.

## **7. ПРОГРАММА ГОСГАРАНТИЙ В СООТВЕТСТВИИ С НОВОЙ РЕДАКЦИЕЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОБ ОМС**

### **7.1. Изменения в Программе госгарантий, касающиеся нового порядка участия федеральных медицинских организаций в системе ОМС**

В соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ в редакции Федерального закона № 430-ФЗ в базовой программе обязательного медицинского страхования отдельно устанавливаются нормативы объемов предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти (специализированной, в том числе высокотехнологичной, в стационарных условиях и условиях дневного стационара), в расчете на одно застрахованное

лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления указанной медицинской помощи, а также перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых указанными медицинскими организациями оказывается медицинская помощь.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021-2023 годы дополнена информацией о выделенных в составе базовой программы ОМС объемах специализированной, в том числе, высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями в условиях круглосуточных и дневных стационаров, с установлением соответствующих стоимостных нормативов. Впервые Программа госгарантий содержит описание особенностей переходного этапа для работы федеральных медицинских организаций в системе ОМС.

## 7.2. Нормативы финансовых затрат

Программа госгарантий дополнена информацией о выделенных в составе базовой программы ОМС объемах специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями в условиях круглосуточных и дневных стационаров, с установлением и соответствующих стоимостных нормативов, а также средние подушевые нормативы для медицинских организаций федерального уровня. (Таблица 3)

Таблица 3. - Объемные и стоимостные нормативы на оказание специализированной медицинской помощи в рамках Программы на 2021-2023 годы.

Виды/условия медицинской помощи	Нормативы по годам	Объемные нормативы, ед. на 1 застрахованного, по годам			Финансовые нормативы, руб. за ед, по годам.		
		2021	2022	2023	2 021	2 022	2 023
Дневной стационар		0,063250	0,063268	0,063282	22 141,70	22 686,30	23 831,20
Дневной стационар ФМО		0,002181	0,002181	0,002181	25 617,30	26 919,40	28 057,40
Дневной стационар не ФМО		0,061074	0,061087	0,061101	22 141,70	22 535,20	23 680,30
<i>в том числе по профилю "онкология"</i>		0,007219	0,007219	0,007219	83 365,50	84 873,90	89 064,00
<i>в том числе по профилю "онкология" ФМО</i>		0,000284	0,000284	0,000284	50 752,10	53 331,90	55 586,40
<i>в том числе по профилю "онкология" не ФМО</i>		0,006935	0,006935	0,006935	84 701,10	86 165,60	90 434,90
Специализированная помощь в стационаре		0,176710	0,176710	0,176710	37 382,30	38 537,80	40 627,40
Специализированная помощь в стационаре ФМО		0,011118	0,011118	0,011118	56 680,90	59 516,00	62 520,10
Специализированная помощь в стационаре не ФМО		0,165592	0,165592	0,165592	36 086,50	37 129,30	39 157,50
<i>в том числе по профилю "онкология"</i>		0,010576	0,010576	0,010576	107 824,10	111 157,00	117 184,30
<i>в том числе по профилю "онкология" ФМО</i>		0,001090	0,001090	0,001090	90 958,40	95 878,40	100 499,80
<i>в том числе по профилю "онкология" не ФМО</i>		0,009490	0,009490	0,009490	109 758,20	112 909,10	119 097,60
Медицинская реабилитация		0,005000	0,005000	0,005000	38 617,00	39 810,60	41 969,30
Медицинская реабилитация ФМО		0,000560	0,000560	0,000560	55 063,40	58 041,80	60 716,80
Медицинская реабилитация не ФМО		0,004440	0,004440	0,004440	36 555,10	37 525,10	39 619,00

Нормативы по годам Виды/условия медицинской помощи	Объёмные нормативы, ед. на 1 застрахованного, по годам			Финансовые нормативы, руб. за ед, по годам.		
	2021	2022	2023	2 021	2 022	2 023
ЭКО	0,000509	0,000522	0,000536	124 728,50	128 568,50	134 915,60
ЭКО ФМО	0,000059	0,000059	0,000059	124 728,50	128 568,50	134 915,60
ЭКО не ФМО	0,000450	0,000463	0,000477	124 728,50	128 568,50	134 915,60
Средние подушевые нормативы				13 764,60	14 417,00	15 225,80
ФМО				686,00	720,30	756,30
не ФМО				13 078,60	13 696,70	14 469,50

## **8. ДРУГИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ОМС, СВЯЗАННЫЕ С ПРИНЯТИЕМ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА № 430-ФЗ:**

### **8.1. Реестры медицинских организаций**

В соответствии с действующими Правилами ОМС ведение реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Российской Федерации осуществляется территориальным фондом. Реестры медицинских организаций субъектов Российской Федерации являются сегментами единого реестра медицинских организаций. Ведение единого реестра медицинских организаций осуществляется Федеральным фондом. [8]

Федеральным законом № 430-ФЗ предусмотрено ведение единого реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, включающий в себя сведения о медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, оказывающих медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона № 326-ФЗ, и реестры медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования.

Таким образом, в состав единого реестра будут входить:

- федеральные медицинские организации;
- медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере ОМС по территориальным программам ОМС.

ФОМС ведет единый реестр медицинских организаций. Порядок ведения, форма единого реестра медицинских организаций и перечень содержащихся в нем сведений устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования.

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 февраля 2021 г. № 65н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н" внесены соответствующие изменения в Приказ Минздрава № 108н, которым утверждены действующие Правила ОМС.

Установлен порядок включения федеральной медицинской организации в единый реестр медицинских организаций, порядок заключения договора на реализацию базовой программы обязательного медицинского страхования между федеральной медицинской организацией и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Для того, чтобы войти в единый реестр медицинских организаций в 2021 году, медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, должны были направить до 25 декабря 2020 года (в последующие годы до 1 сентября) в Федеральный фонд ОМС заявку на распределение объемов предоставления медицинской помощи, финансовое обеспечение которой будет осуществляться

непосредственно ФОМС в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования, на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации во включении в реестр медицинских организаций. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации могут быть установлены иные сроки подачи уведомления вновь создаваемыми медицинскими организациями. Информация о сроках и порядке подачи уведомления о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, размещается территориальным фондом на своем официальном сайте в сети Интернет.

### **8.2. Реестры экспертов качества медицинской помощи**

Реестров экспертов качества медицинской помощи согласно новым изменениям также будет два:

1. Единый реестр, включающий в себя сведения об экспертах качества медицинской помощи, которая оказывается федеральными медицинскими организациями.
2. Территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи.

Федеральный фонд ОМС ведет единый реестр экспертов качества медицинской помощи, включающий в себя сведения об экспертах качества медицинской помощи, которая оказывается медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, и финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона № 326-ФЗ, и территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи.

Порядок ведения единого реестра экспертов качества медицинской помощи будет устанавливаться Минздравом России. Соответствующий проект приказа «Об утверждении порядка ведения единого реестра экспертов качества медицинской помощи» уже подготовлен. Территориальный фонд ОМС ведет территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи.

### **8.3. Новый порядок проведения контрольных мероприятий в системе ОМС**

В соответствии с новой редакцией Федерального закона № 326-ФЗ порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения устанавливает теперь не Федеральный фонд, а Минздрав России

Приказом Минздрава России «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» утверждается Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения (далее – Порядок).

Порядок определяет правила и процедуру проведения страховыми медицинскими организациями, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам медицинскими организациями, а также ее финансового обеспечения в объеме и на

условиях, которые установлены территориальными программами обязательного медицинского страхования, базовой программой обязательного медицинского страхования, договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе формы проведения такого контроля, его продолжительность и периодичность. [6]

Среди целей контроля впервые обозначено «соответствие стоимости оказанной застрахованным лицам медицинской помощи размеру финансового обеспечения объемов медицинской помощи, распределенных медицинской организации».

**Медико-экономический контроль** в рамках реализации территориальных программ ОМС будут осуществлять не страховые медицинские организации, а территориальные фонды ОМС.

**Медико-экономическая экспертиза** будет осуществляется в форме:

- 1) плановой медико-экономической экспертизы;
- 2) внеплановой медико-экономической экспертизы.

Тем самым внеплановая медико-экономическая экспертиза заменила собой целевую медико-экономическую экспертизу.

**Экспертиза качества медицинской помощи** будет осуществляется в форме:

- 1) плановой экспертизы качества медицинской помощи;
- 2) внеплановой экспертизы качества медицинской помощи.

Здесь внеплановая экспертиза качества медицинской помощи также заменила собой целевую экспертизу качества медицинской помощи.

Установлены жесткие сроки проведения плановой экспертизы качества медицинской помощи - в течение тридцати календарных дней в сроки, установленные планами проведения экспертизы качества медицинской помощи на соответствующий календарный год, разработанными и утвержденными Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, территориальными фондами и страховыми медицинскими организациями.

Полной переработке подверглось ключевое приложение 8 к документу «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)». Это потребовала пересмотра соответствующего раздела Правил ОМС (IX. Порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию) в части неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи.

### **Выводы и предложения по разделу 8.3**

1. Значительные изменения в порядке проведения контрольных мероприятий потребуют серьезного внимания со стороны всех участников системы ОМС.
2. Усиленное внимание к контролю за превышением стоимости оказанных услуг создает для медицинских организаций дополнительные риски новых оснований для отказа в связи с превышением не только доведенных объемов, но и стоимости оказанных услуг.
3. Корректировка порядка установления тарифов потребует внесения изменений в Правила ОМС и целый ряд других нормативных правовых актов.

### **8.4. Изменения в информационной системе ОМС**

В настоящее время действует приказ ФОМС от 7 апреля 2011 года N 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

Федеральный закон № 326-ФЗ дополнен достаточно объемной статьей 44<sup>1</sup> «Информационное обеспечение персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам».

Территориальный фонд получает от Федерального фонда данные персонифицированного учета сведений об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, предусмотренной пунктом 11 статьи 5 Федерального закона № 326-ФЗ.

В целях реализации статьи 44.1 был подготовлен проект Постановления Правительства РФ «О порядке функционирования государственной информационной системы обязательного медицинского страхования». Постановлением будут утверждены «Правила функционирования государственной информационной системы обязательного медицинского страхования».

Подготовлен проект приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования «О порядке информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

Проект приказа предусматривает определение порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 8 части 8 статьи 33 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в редакции Федерального закона № 430-ФЗ).

В частности, порядок определяет правила информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, включая:

- принципы, порядок и участников информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования;
- порядок, сроки, способы информационного взаимодействия, перечень передаваемой (получаемой) информации при ведении:
  - единого реестра страховых медицинских организаций, единого реестра медицинских организаций, единого реестра экспертов качества медицинской помощи;
  - персонифицированного учета сведений о застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования лицах;
  - персонифицированного учета сведений об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи.

Федеральный фонд ОМС письмом от 26.02.2021 N 00-10-30-04/1101 разослал "Методические рекомендации по взаимодействию участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи".

#### **Выводы и предложения по разделу 8.4**

1. Система обязательного медицинского страхования всегда отличалась достаточно высоким уровнем информатизации. Новыми импульсами развития информационной системы ОМС стали формирование Единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ), а также изменения, связанные с принятием Федерального закона № 430-ФЗ.
2. Государственная информационная система обязательного медицинского страхования, наряду с реализацией традиционных задач (ведение баз данных, обеспечение финансовых потоков и т.д.) должна обеспечить контроль за рациональным распределением потоков застрахованных лиц, направленных в федеральные и региональные медицинские организации, предотвращение дублирования выставляемых счетов за одних и тех же пациентов в территориальные и Федеральный фонд ОМС и т.д. Таким образом, ГИС ОМС призвана обеспечить максимальную прозрачность действий в условиях

реализации новой, достаточно сложной модели движения финансовых потоков и потоков застрахованных в системе ОМС.

## **9. ФИНАНСОВЫЕ АСПЕКТЫ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ**

### **9.1. Финансовые последствия изменений в законодательстве об ОМС**

Принятие любого федерального закона предполагает оценку того, потребует ли его реализация дополнительных финансовых затрат. Можно выделить следующие возможные риски (угрозы), связанные с реализацией Федерального закона № 430-ФЗ:

- дополнительная потребность в финансовых средствах (например, для выполнения федеральным фондом дополнительных функций);
- снижение размера субвенций, направляемых в субъекты Российской Федерации в связи с необходимостью финансового обеспечения федеральных медицинских организаций.

По мнению авторов законопроекта, принятие закона не потребует дополнительных расходов из федерального бюджета и иных бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, не окажет влияния на достижение целей государственных программ Российской Федерации, а также не повлечет негативных социально-экономических, финансовых и иных последствий, в том числе для субъектов предпринимательской и иной экономической деятельности. [5]

Одной из потенциальных угроз является снижение размера субвенций, направляемых в субъекты Российской Федерации, из-за предварительного изъятия части бюджета ФОМС на оплату медицинских услуг, оказанных федеральными медицинскими организациями.

Следует отметить, что объективные основания для сокращения размера субвенций имеются. Поскольку федеральные медицинские организации не будут претендовать на средства территориальных фондов ОМС в части оказания специализированной, а также высокотехнологичной медицинской помощи, входящей в базовую программу ОМС, появляется возможность уменьшить субвенции на эти суммы. Однако, сокращения размера субвенций не происходит.

### **9.2. Основные характеристики бюджета Федерального фонда ОМС на 2021-2023 годы**

Параметры бюджета Федерального фонда рассчитаны в соответствии с основными макроэкономическими параметрами «Прогноза социально-экономического развития Российской Федерации на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, разработанного Минэкономразвития России (далее – Прогноз Минэкономразвития, Прогноз).

Прогноз Минэкономразвития разработан в двух вариантах – базовом и консервативном. Базовый вариант описывает наиболее вероятный сценарий развития российской экономики с учетом ожидаемых внешних условий и принимаемых мер экономической политики.

Консервативный вариант основан на предпосылке о менее благоприятной санитарно-эпидемиологической ситуации в мире, затяжном восстановлении мировой экономики и структурном замедлении темпов ее роста в среднесрочной перспективе из-за последствий распространения новой коронавирусной инфекции.

В прогнозе, датированном 23 сентября 2020 года, как в базовом, так и в консервативном вариантах «вторая волна» новой коронавирусной инфекции не предполагалась. В связи с этим проект бюджета Федерального фонда ОМС был рассчитан по базовому варианту. Однако достаточно сложная экономическая ситуация, обусловленная возникновением «второй волны» коронавирусной инфекции, пока не

вынуждает государство пойти по консервативному сценарию. Тем не менее, (что отмечается и в самом Прогнозе) «вторая волна», остается ключевым источником риска для параметров прогноза.

Основные параметры бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на ближайшие годы установлены Федеральным законом от 8.12.2020 года № 391-ФЗ "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов".

Основные характеристики бюджета Федерального фонда ОМС представлены следующими данными. (Таблица 4)

Таблица 4. - Основные показатели бюджета Федерального фонда ОМС на 2021 год (млн руб.)

Показатели	2020 год (утверждено)	2021 год (утверждено)	2022 год проект	2023 год проект
Остатки на начало года	14 561,2	13 073,2	1 498,5	35,5
Всего доходов	2 367 232,5	2 533 798,5	2 656 525,1	2 798 771,0
Всего расходов	2 368 610,9	2 545 373,2	2 657 988,1	2 798 771,4
Дефицит (-), профицит (+)	-1 378,4	-11 574,7	-1 463,0	-0,5
Остатки на конец года	13 182,8	1 498,5	35,5	35,0

В 2021 - 2023 гг. расходы ФОМС превысят его доходы. В 2021 г. дефицит бюджета составит 11,57 млрд. руб., в 2022 г. - 1,46 млрд. руб. Ожидается, что в 2023 г. дефицит бюджета будет сведен к минимуму. Бюджет ФОМС на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов будет сбалансирован за счет переходящих остатков. Однако, начиная с 2024 года, этот источник погашения дефицита будет практически исчерпан.

### 9.3. Доходы бюджета Федерального фонда ОМС

Общий объем доходов на 2021 год планируется в сумме 2 533,8 млрд рублей, на 2022 год - 2 656,5 млрд рублей, на 2023 год - 2 798,8 млрд рублей.

Основным источником формирования доходной части бюджета являются страховые взносы на ОМС. На их долю приходится более 80% всех доходов бюджета ФОМС.

Дополнительным значимым источником дохода Федерального фонда ОМС являются межбюджетные трансферты из федерального бюджета.

#### Межбюджетные трансферты в систему ОМС из федерального бюджета

В качестве одного из дополнительных источников финансирования системы ОМС (а также компенсации выпадающих доходов) выступают межбюджетные трансферты в бюджет ФОМС из федерального бюджета.

В бюджете Фонда предусматриваются межбюджетные трансферты из федерального бюджета на 2021 год в размере 293,1 млрд рублей, на 2022 год - 293,5 млрд рублей, на 2023 год - 295,5 млрд рублей. (Таблица 5)

Таблица 5. - Межбюджетные трансферты из федерального бюджета в бюджет федерального фонда ОМС, млн. руб.

Показатели	2020 год (утверждено)	2021 год (утверждено)	2022 год проект	2023 год проект
Межбюджетные трансферты из федерального бюджета, всего, в том числе:	246 742,1	293 073,3	293 512,4	295 496,9



Показатели	2020 год (утверждено)	2021 год (утверждено)	2022 год проект	2023 год проект
- на компенсацию выпадающих доходов в связи с пониженными тарифами страховых взносов	11 956,2	35 475,0	37 924,1	40 581,0
- на финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями	120 000,0	140 000,0	140 000,0	140 000,0
- на обеспечение нестраховых расходов (ВМП вне базовой программы ОМС и родовой сертификат)	114 760,1	117 558,9	115 588,2	114 915,8
- на компенсацию выпадающих доходов по самозанятому населению	25,8	39,4	0,0	0,0

#### 9.4. Расходы бюджета Федерального фонда ОМС

Расходы бюджета Федерального фонда ОМС в 2021 году составят 2 545,4 млрд руб., в 2022 году - 2 658,0 млрд рублей; в 2023 году - 2 798,8 млрд рублей.

Распределение расходов по отдельным направлениям характеризуется данными, представленными в таблице 6.

Таблица 6. - Основные характеристики расходов бюджета Федерального фонда ОМС, млн. руб.

Показатели	2020 год (утверждено)	2021 год (утверждено)	2022 год проект	2023 год проект
Всего расходов, в том числе:	2 368 610,9	2 545 373,2	2 657 988,1	2 798 771,4
Финансовое обеспечение базовой программы ОМС	2 225 430,0	2 276 824,5	2 384 428,2	2 518 963,2
Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС	103 092,0	109 690,3	108 190,3	108 190,3
Средства, передаваемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации (родовой сертификат)	16 668,2	13 326,0	12 855,3	12 182,9
Изготовление полисов ОМС	1 325,4	1 325,4	1 325,4	1 325,4
Нормированный страховой запас	21 058,4	143 289,1	150 229,2	157 144,0
Финансовое и материально-техническое обеспечение ФОМС, всего	1 036,9	918,0	959,7	965,7

#### Субвенции территориальным фондам ОМС

Доля средств бюджета ФОМС, которая пошла на субвенции, передаваемые в субъекты Российской Федерации, составила в 2017 году всего 88,6 %, в 2018 году - 93,8 %

от общей величины расходов бюджета ФОМС, а в 2019 и 2020 годах –94%. В целом, наблюдалась положительная тенденция.

В структуре же расходов бюджета ФОМС 2021 года на долю субвенций приходится около 89,4%.

В бюджете ФОМС предусмотрена субвенция для распределения по субъектам Российской Федерации в размере: на 2021 год - 2 276,8 млрд рублей, на 2022 год - 2 384,4 млрд рублей, на 2023 год - 2 519,0 млрд рублей.

Для сравнения: в бюджете ФОМС предыдущего года были предусмотрены субвенции территориальным фондам ОМС на 2020 год в сумме 2 225,4 млрд рублей, на 2021 год - 2 359,0 млрд рублей, на 2022 год - 2 487,2 млрд рублей.

По сравнению с предыдущим годом прирост субвенции в 2021 году составит 51,4 млрд рублей, или 2,3%, в 2022 году - 107,6 млрд рублей (4,7%), в 2023 году - 134,6 млрд рублей (5,6%).

Таким образом, размер субвенций на 2021 оказался больше, чем в 2020 году, но меньше, чем планировалось на 2021 год в предыдущем бюджете ФОМС, что связано с тем, что субъекты Российской Федерации (территориальные фонды) в общем случае не будут возмещать расходы федеральным медицинским организациям при оказании ими специализированной медицинской помощи.

Как видим, в последние годы (включая 2020) субвенции росли гораздо более высокими темпами, чем ожидаемый уровень инфляции (по данным Центробанка в 2020 году составил 4,91%), что является положительным фактором.

Опережение темпов роста расходов над темпами роста доходов бюджета ФОМС - это сложившаяся практика и одна из причин наличия дефицита бюджета ФОМС, размеры которого уже были показаны выше.

При этом следует отметить, что Постановлением Правительства РФ от 4 сентября 2012 г. N 882 внесены изменения в Постановление Правительства РФ от 5 мая 2012 г. N 462 "О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования". Это связано с изменением порядка финансового обеспечения федеральных медицинских организаций. В частности, с 2021 года размер субвенции определяется при помощи дополнительного коэффициента - К<sub>и</sub>ФГУ - коэффициента корректировки по доле участия федеральных медицинских организаций в территориальной программе обязательного медицинского страхования для конкретного субъекта Российской Федерации в году, предшествующем году, в котором рассчитывается субвенция на очередной финансовый год, по сведениям Федерального фонда ОМС.

Это означает, что произошло перераспределение субвенций между субъектами Российской Федерации: те из них, которые имеют на своей территории большее число федеральных медицинских организаций, получают меньший размер субвенций (в относительном и/или в абсолютном выражении, поскольку не будут оплачивать специализированную медицинскую помощь, оказываемую в соответствии с утверждаемым перечнем – эти расходы взял на себя Федеральный фонд ОМС).

### **Нормированный страховой запас**

Еще один важный индикатор бюджета ФОМС - нормированный страховой запас. Его размеры не являются стабильными и зависят как от общей экономической ситуации, так и специфических задач, решаемых системой ОМС (Федеральным фондом) в различные годы. Так, если в 2016 году он составлял 1,8 млрд руб., то в 2017 году был запланирован в объеме 76 млрд руб., а в 2018 году средства нормированного страхового запаса были зарезервированы в сумме 2,8 млрд рублей. Законом о бюджете ФОМС на 2019 -2021 гг.

предлагалось зарезервировать в бюджете ФОМС средства нормированного страхового запаса в сумме 3,1 млрд рублей ежегодно.

Законом о бюджете на 2020-2022 годы предлагалось зарезервировать в бюджете Фонда средства нормированного страхового запаса на 2020 год в сумме 21,1 млрд.рублей, на 2021 год - 29,7 млрд.рублей, на 2022 год - 38,3 млрд рублей.

Законом о бюджете ФОМС на 2021-2023 годы предлагается зарезервировать в бюджете ФОМС средства нормированного страхового запаса на 2021 год в сумме 143,3 млрд рублей, на 2022 год - 150,2 млрд рублей, 2023 год - 157,1 млрд рублей.

Указанные средства по решению ФОМС будут направляться:

- в целях устранения кадрового дефицита врачей и среднего медицинского персонала на предоставление бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования межбюджетных трансфертов для формирования нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования на цели, указанные в пункте 4 части 6 статьи 26 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204);

- на предоставление бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования межбюджетных трансфертов для осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения (в соответствии с поручениями Правительства Российской Федерации от 23 апреля 2019 г. № ДМ-П14-3355, от 26.04.2019 № ТГ-П12-3549);

- на увеличение бюджетных ассигнований на исполнение расходных обязательств Фонда, предусмотренных Федеральным законом, в случае недостаточности доходов бюджета Фонда для финансового обеспечения их исполнения;

- на оплату расходов Фонда по изготовлению и доставке полисов ОМС единого образца сверх бюджетных ассигнований, предусмотренных на указанные цели;

- на финансовое обеспечение расходов на исполнение судебных актов.

#### **9.5. Финансовое обеспечение федеральных медицинских организаций**

В целях обеспечения доступности медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, гарантированного объема медицинской помощи и их финансирования, начиная с 2021 года, в составе нормированного страхового запаса Фонда предусматривается выделение в базовой программе объемов медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного и круглосуточного стационара федеральными государственными бюджетными учреждениями, а также их финансовое обеспечение в сумме 119,4 млрд рублей на 2021 год, 125,4 млрд рублей на 2022 год, 131,7 млрд рублей на 2023 год. В расчетах учтены объемы медицинской помощи, оказываемые федеральными государственными бюджетными учреждениями в 2019 году.

Запланированные 119,4 млрд руб. составляют примерно 5% от общих расходов на реализацию базовой программы ОМС.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», установлены объемы специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой ФМО в условиях круглосуточных и дневных стационаров, с установлением и соответствующих стоимостных нормативов, а также средние подушевые нормативы для медицинских организаций федерального уровня. (Таблица 7)

Таблица 7. - Объемные и стоимостные нормативы на оказание специализированной медицинской помощи в рамках Программы на 2021-2023 годы.

Виды /условия медицинской помощи	Объёмные нормативы, ед. на 1 застрахованного			Финансовые нормативы, руб. за ед.		
	2021	2022	2023	2 021	2 022	2 023
Нормативы по годам						
Дневной стационар ФМО	0,002181	0,002181	0,002181	25 617,30	26 919,40	28 057,40
<i>в том числе по профилю "онкология" ФМО</i>	0,000284	0,000284	0,000284	50 752,10	53 331,90	55 586,40
Специализированная помощь в стационаре ФМО	0,011118	0,011118	0,011118	56 680,90	59 516,00	62 520,10
<i>в том числе по профилю "онкология" ФМО</i>	0,001090	0,001090	0,001090	90 958,40	95 878,40	100 499,80
Медицинская реабилитация ФМО	0,000560	0,000560	0,000560	55 063,40	58 041,80	60 716,80
ЭКО ФМО	0,000059	0,000059	0,000059	124 728,50	128 568,50	134 915,60
Средние подушевые нормативы ФМО				686,00	720,30	756,30

#### **Выводы и предложения по разделу 9:**

1. Несмотря на сохраняющуюся сложную экономическую ситуацию в стране, связанную с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19, объемы финансового обеспечения системы ОМС остаются достаточно стабильными, имеющими тенденцию к росту. Однако необходимо учитывать и рост затратности оказания медицинской помощи, связанной с предупреждением распространения COVID-19 и его лечением.
2. Приоритеты финансирования прошлого года сохраняются, в частности, значительные финансовые средства выделяются на лечение онкологических заболеваний.
3. С положительной стороны можно оценить некоторые изменения в финансовых потоках между федеральным бюджетом и бюджетом Федерального фонда обязательного медицинского страхования.
4. Изменившийся порядок финансового обеспечения федеральных медицинских организаций также можно оценивать положительно – аккумулярование средств на эти цели на федеральном уровне не привело к уменьшению размера субвенций, передаваемых территориальным фондам ОМС, за исключением г.Москвы и Санкт-Петербурга.

### **10. ИЗМЕНЕНИЯ В ПОРЯДКЕ ФОРМИРОВАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Федеральный закон № 430-ФЗ внес ряд изменений в порядок использования нормированного страхового запаса как Федерального, так и территориальных фондов ОМС.

#### **10.1. Использование средств нормированного страхового запаса территориальных фондов ОМС для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала**

В составе расходов бюджета территориального фонда формируется нормированный страховой запас, включающий с 2019 года средства для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала (Федеральный закон № 326-ФЗ, статья 26, часть 6, пункт 4). Речь идет о выделении средств для оплаты труда указанных работников, принятых сверх штата на 1 января соответствующего года. Эти средства предназначались медицинским организациям государственной и муниципальной систем здравоохранения, которые оказывают первичную медико-санитарную помощь в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования. Для медицинских организаций, оказывающих специализированную, скорую медицинскую помощь и т.д., эти средства не предназначались.

В новой редакции часть 6.6 статьи 26 предусматривает, что с 01.01.2021 средства нормированного страхового запаса территориального фонда на цели, указанные в пункте 4 части настоящей статьи, предоставляются территориальным фондом медицинским организациям государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, оказывающим медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования. Виды медицинских организаций, которым предоставляются указанные средства, и виды оказываемой ими медицинской помощи в целях предоставления указанных средств определяются Минздравом России. Указанные средства нормированного страхового запаса предоставляются соответствующим медицинским организациям на основании соглашения, типовая форма и порядок заключения которого утверждаются Минздравом России. Типовое соглашение также устанавливает Порядок формирования средств нормированного страхового запаса, условия их предоставления медицинским организациям и порядок их использования. Эти положения закона применяются до 1 января 2025 г.

Отметим, что в прежней редакции речь шла только о медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования. Теперь же и медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, скорую медицинскую помощь и т.д., вправе претендовать на получение этих средств.

В целях реализации новых положений законодательства было принято Постановление Правительства РФ от 30.01.2021 N 90 "О внесении изменений в Правила предоставления межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала". Постановление внесло изменения в Правила предоставления межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2019 г. N 1910 "Об утверждении Правил предоставления межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала". В пункте 7 указано:

- а) слова "оказывающих первичную медико-санитарную помощь в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования" заменить словами "оказывающих медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования";»
- б) дополнить предложением следующего содержания: "Виды медицинских организаций, которым предоставляются указанные средства, и виды оказываемой

ими медицинской помощи в целях предоставления указанных средств определяются Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с частью 6.6 статьи 26 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

То есть, как и в Федеральном законе № 326-ФЗ, исключено условие о том, что средства нормированного страхового запаса предоставляют, только в том случае, если учреждение оказывает первичную медико-санитарную помощь.

Соответствующие виды медицинских организаций и медицинской помощи утверждены Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.02.2021 № 57н "Об определении видов медицинских организаций, которым предоставляются средства нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования на цели, указанные в пункте 4 части 6 статьи 26 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", и видов оказываемой ими медицинской помощи в целях предоставления указанных средств". (Таблица 8)

Таблица 8. - Медицинские организации и виды медицинской помощи, при оказании которых предоставляются средства нормированного страхового запаса

<b>Номенклатура медицинских организаций</b>	<b>Виды медицинской помощи</b>
Амбулатория, в том числе врачебная	Первичная медико-санитарная помощь
Участковая больница	Первичная медико-санитарная помощь Специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной)
Станция скорой медицинской помощи	Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь
Больница (в том числе детская) (муниципальная; межрайонная; районная, в том числе центральная; городская, в том числе центральная)	Первичная медико-санитарная помощь Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь Специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной)
Больница скорой медицинской помощи (муниципальная; межрайонная; районная, в том числе центральная; городская, в том числе центральная)	Первичная медико-санитарная помощь Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь Специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной)
Специализированные больницы (в том числе по профилю медицинской помощи) (муниципальная; межрайонная; районная, в том числе центральная; городская, в том числе центральная): гериатрическая; инфекционная, в том числе детская; медицинской реабилитации, в том числе детская; онкологическая; офтальмологическая	Первичная медико-санитарная помощь Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь Специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной)

Поликлиника консультативно-диагностическая (в том числе детская) (муниципальная; межрайонная; районная, в том числе центральная; городская, в том числе центральная)	Первичная медико-санитарная помощь
--	------------------------------------

С учетом вышеуказанных изменений был издан приказ Минздрава России от 12.02.2021 N 71н «О внесении изменений в приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 февраля 2019 г. N 85н "Об утверждении порядка формирования, условий предоставления медицинским организациям, указанным в части 6.6 статьи 26 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", и порядка использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала" и от 22 февраля 2019 г. N 86н "Об утверждении типовой формы и порядка заключения соглашения о предоставлении медицинским организациям, указанным в части 6.6 статьи 26 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала».

Согласно внесенным уточнениям порядок устанавливает правила формирования, условия предоставления средств нормированного страхового запаса, предусмотренных для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала, участвующих в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования. Скорректированы требования к медицинским организациям в целях предоставления средств нормированного страхового запаса.

Новой редакцией Федерального закона № 326-ФЗ предусматривается продление срока действия положений части 27 статьи 51 Федерального закона № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" на 2023 год в связи с реализацией Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 "О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года" и национального проекта "Здравоохранение" в части ликвидации кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также в целях реализации поручений Правительства Российской Федерации в части осуществлению денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения.

Часть 27. устанавливает, что в 2020 - 2023 гг. в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда ОМС на очередной финансовый год и на плановый период из бюджета Федерального фонда в бюджеты территориальных фондов в установленном Правительством Российской Федерации порядке предоставляются межбюджетные трансферты для формирования нормированного страхового запаса территориального фонда для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала.

В то же время необходимо отметить, что данные изменения носят формальный характер, поскольку всего лишь приводят рассматриваемую часть 27 статьи 51 в соответствие с периодом, на который принимается бюджет: в данном случае до 2023 года (в прежней редакции речь шла о 2022 годе). Положения Федерального закона № 326-ФЗ о софинансировании расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала применяются до 1 января 2025 г.

### **Выводы и предложения по разделу 10.1:**

1. Расширение сферы использования средств нормированного страхового запаса позволяет получать средства на оплату труда вновь принимаемых работников не только для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-социальную помощь, как это было раньше. Это создает дополнительные экономические стимулы по улучшению кадрового обеспечения как первичного звена здравоохранения, так и других уровней здравоохранения.
2. Вместе с тем подобная мера в целом лишь стартовый толчок для повышения укомплектованности медицинских организаций кадрами в текущем году, но со следующего года все затраты на оплату труда дополнительно принятых работников сверх численности на 1 января предыдущего года, будут возложены на саму медицинскую организацию.
3. Средства нормированного страхового запаса, направляемые на оплату труда вновь принимаемых работников, не являются дополнительным источником финансирования медицинских организаций, а представляют собой лишь иной порядок их доведения до медицинских организаций в рамках перераспределения средств ОМС.

### **10.2. Использование средств нормированного страхового запаса фондов ОМС для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведения ремонта медицинского оборудования**

Новая редакция Федерального закона № 326-ФЗ статья 20, часть 2, п.7.1 предусматривает использование средств нормированного страхового запаса не только территориальных фондов, но и Федерального фонда ОМС для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации. Речь идет о той части нормированного страхового запаса, которая формируется за счет применения санкций к медицинским организациям. Ранее средства нормированного страхового Федерального фонда для этих целей не использовались.

Изменения в Федеральном законе № 326-ФЗ дают возможность выделять соответствующие средства федеральным медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в рамках базовой программы ОМС. При этом следует отметить, что ранее федеральные медицинские организации практически были лишены возможности получать средства нормированного запаса на эти цели, хотя официально это не запрещалось. Так, условием получения данных средств является включение медицинской организации в план мероприятий, утвержденный уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации.<sup>6</sup> Естественно, что регионы включали в план мероприятий в первую очередь свои региональные медицинские организации.

Таким образом, в соответствии с Федеральным законом № 430-ФЗ для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального

---

<sup>6</sup>Постановление Правительство Российской Федерации от 21 апреля 2016 года N 332 «Об утверждении Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования» (утратило силу)



образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, могут использоваться не только средства нормированного страхового запаса территориального фонда (как это было раньше), но и нормированного страхового запаса Федерального фонда. Порядок использования этих средств определяется Правительством Российской Федерации.

Постановление Правительства РФ от 26 февраля 2021 г. № 273 "Об утверждении Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования, нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования" определило новый порядок и условия использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования и нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения установленных пунктом 7.1 части 2 статьи 20 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" мероприятий по:

- организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации;
- приобретению медицинского оборудования;
- проведению ремонта медицинского оборудования.

Средства нормированного страхового запаса (НСЗ) Федерального фонда и нормированного страхового запаса территориального фонда для финансового обеспечения указанных мероприятий предоставляются в следующем порядке (Таблица 9):

Таблица 9. - Порядок использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда и нормированного страхового запаса территориального фонда для финансового обеспечения мероприятий, предусмотренных пунктом 7.1 части 2 статьи 20 Федерального закона № 326-ФЗ

<b>Порядок и условия выделения средств</b>	<b>НСЗ Федерального фонда</b>	<b>НСЗ Территориального фонда</b>
Кем и кому направляются средства НСЗ	ФОМСом – федеральным медицинским организациям	ТФОМСом - региональным медицинским организациям <sup>7</sup>
Основание для предоставления средств НСЗ – соглашение, заключаемое между:	ФОМСом и федеральной медицинской организацией	ТФОМСом и региональной медицинской организацией
Порядок заключения и типовая форма соглашения утверждается	Минздравом России	Минздравом России
Средства для финансового обеспечения мероприятий предоставляются в пределах:	средств НСЗ, предусмотренных в бюджете ФОМС на финансовое обеспечение мероприятий, и в объеме, не превышающем поступления от применения	средств НСЗ, предусмотренных в бюджете ТФОМС на финансовое обеспечение мероприятий, в размере, определяемом ТФОМС, исходя из условий

<sup>7</sup> Медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации в соответствующем финансовом году, с которыми заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на текущий финансовый год в соответствии со статьей 39 Федерального закона № 326-ФЗ

	ФОМС к федеральным медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, и средств, поступивших от юридических и физических лиц, виновных в причинении вреда здоровью застрахованных лиц	реализации территориальной программы ОМС в соответствующем финансовом году и объема средств, необходимых на реализацию мероприятий, представленного в заявках региональных медицинских организаций
Средства для финансового обеспечения мероприятий предоставляются:	федеральной медицинской организации - в случае включения мероприятий в план мероприятий, утверждаемый Минздравом России по согласованию с ФОМС (план мероприятий)	региональной медицинской организации - в случае включения мероприятий в план мероприятий, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта РФ и согласованный с ТФОМС, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями или их ассоциациями (союзами) и т.д., представители которых включены в состав Комиссии по разработке территориальной программы ОМС (территориальный план мероприятий)
Критерии отбора мероприятий для включения в план мероприятий и территориальный план мероприятий утверждаются	Минздравом России	Уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации

Мероприятия, включаемые в план мероприятий и территориальный план мероприятий, должны соответствовать следующим требованиям (Таблица 10.)

Таблица 10. - Требования к мероприятиям, включаемым в план мероприятий и территориальный план мероприятий и условия использования средств

<b>Виды мероприятий</b>		
организация дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации;	приобретение медицинского оборудования;	проведение ремонта медицинского оборудования.
Требования к мероприятиям, включаемым в план мероприятий и территориальный план мероприятий		
Направление программы	Наличие у медицинской	Наличие у медицинской

<p>повышения квалификации медицинского работника соответствует:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- видам, формам и профилям медицинской помощи, оказываемой федеральной медицинской организацией в рамках базовой программы ОМС, региональной медицинской организацией - в рамках территориальной программы ОМС;</li> <li>- должности медицинского работника, профессиональную деятельность по которой он осуществляет в медицинской организации;</li> <li>- медицинский работник, обучение которого планируется по программе повышения квалификации, не обучался по программам дополнительного профессионального образования в течение года, предшествующего соответствующему финансовому году;</li> </ul>	<p>организации потребности в приобретаемом медицинском оборудовании в соответствии со стандартами оснащения медицинских организаций, предусмотренными положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, порядком организации медицинской реабилитации либо правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, утвержденными Минздравом России;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- соответствие назначения приобретаемого медицинского оборудования целям оказания медицинской помощи по формам, видам и профилям медицинской помощи, оказываемой федеральной медицинской организацией в рамках базовой программы ОМС, региональной медицинской организацией - в рамках территориальной программы ОМС;</li> <li>- наличие медицинских работников, имеющего соответствующий уровень образования и квалификации для работы на приобретаемом медицинском оборудовании;</li> <li>- наличие в медицинской организации помещения для установки приобретаемого медицинского оборудования (если приобретаемое медицинское оборудование требует специального помещения для установки и (или) использования);</li> </ul>	<p>организации потребности в ремонте медицинского оборудования, включенного в стандарты оснащения медицинских организаций, предусмотренные положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, порядком организации медицинской реабилитации либо правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, утвержденными Минздравом России;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- соответствие назначения, подлежащего ремонту медицинского оборудования, целям оказания медицинской помощи по формам, видам и профилям медицинской помощи, оказываемой федеральной медицинской организацией, региональной медицинской организацией в рамках реализации соответственно базовой программы ОМС, территориальной программы ОМС;</li> <li>- наличие документов, подтверждающих, что подлежащее ремонту медицинское оборудование находится в собственности (оперативном управлении) медицинской организации и принято к бухгалтерскому учету;</li> <li>- наличие регистрационного удостоверения на медицинское изделие;</li> <li>- наличие акта о вводе медицинского оборудования в эксплуатацию;</li> <li>- наличие документа, подтверждающего выход медицинского оборудования из строя;</li> <li>- истечение срока гарантийного обслуживания медицинского оборудования.</li> </ul>
<p>Использование медицинской организацией средств для финансового обеспечения мероприятий</p>		

осуществляется при соблюдении следующих дополнительных условий:		
<p>- наличие заявления медицинского работника руководителю медицинской организации о направлении на дополнительное профессиональное образование по программе повышения квалификации в организацию, осуществляющую образовательную деятельность, по выбору медицинского работника, который осуществляется в порядке, установленном Минздравом России;</p> <p>- наличие у медицинской организации заключенного с организацией, осуществляющей образовательную деятельность, в соответствии со статьей 54 Федерального закона "Об образовании в Российской Федерации" договора об образовании на обучение по программе повышения квалификации;</p>	<p>- наличие у медицинской организации заключенного в соответствии с законодательством Российской Федерации контракта на поставку медицинского оборудования;</p>	<p>- наличие у медицинской организации заключенного в соответствии с законодательством Российской Федерации контракта на ремонт медицинского оборудования.</p>

Включение в план мероприятий, территориальный план мероприятий или в территориальные планы мероприятий различных субъектов Российской Федерации одного и того же мероприятия по одной и той же федеральной или региональной медицинской организации не допускается.

В план мероприятий, территориальный план мероприятий включаются мероприятия, финансовое обеспечение которых предусматривается только в соответствующем финансовом году.

Федеральная медицинская организация и региональная медицинская организация предоставляют отчетность о реализации мероприятий, включенных соответственно в план мероприятий и территориальный план мероприятий, и об использовании предоставленных средств для финансового обеспечения мероприятий в государственную информационную систему обязательного медицинского страхования в порядке и по формам, которые утверждаются Федеральным фондом.

Средства для финансового обеспечения мероприятий, использованные федеральной медицинской организацией или региональной медицинской организацией не по целевому назначению, подлежат возврату в бюджет Федерального фонда или бюджет территориального фонда соответственно в установленном бюджетным законодательством Российской Федерации порядке.

### **Выводы и предложения по разделу 10.2:**

1. Новый порядок направления средств нормированного страхового запаса фондов ОМС на повышение квалификации медицинских работников, покупку или ремонт медицинского оборудования, значительно отличается от прежнего. Теперь он распространяется и на средства нормированного страхового запаса Федерального

- фонда ОМС. Стало больше основных требований к мероприятиям, которые включаются в план.
2. Изменения, касающиеся данного направления использования средств нормированных страховых запасов, выгодны, прежде всего, федеральным медицинским организациям, поскольку раньше они практически не имели шансов попасть в соответствующие территориальные программы.
  3. Средства нормированного страхового запаса, направляемые на повышение квалификации медицинских работников, покупку или ремонт медицинского оборудования, не являются дополнительным источником финансирования медицинских организаций, изменился лишь порядок их доведения до медицинских организаций в рамках перераспределения средств ОМС.
  4. Средства нормированного страхового запаса, направляемые на повышение квалификации медицинских работников, покупку или ремонт медицинского оборудования не являются по сути новым механизмом поддержки медицинских организаций – аналогичный механизм существовал и ранее в форме резервного фонда предупредительных мероприятий (РФПМ), формируемого у страховых медицинских организаций и используемого примерно на те же цели. По сути, данное направление использования средств НСЗ – это лишь возрожденная с 2016 года модифицированная форма РФПМ.
  5. Формирование НСЗ в составе расходов фондов ОМС обеспечивает более жесткий контроль за использованием средств ОМС, но обладает меньшими стимулирующими качествами, чем РФПМ в составе расходов страховых медицинских организаций – в силу прямой финансовой заинтересованности последних в экономии целевых средств (часть от экономии которых становилась их собственными средствами).

### **10.3. Другие изменения, касающиеся расходования нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования**

Средства нормированного страхового запаса Федерального фонда ОМС предоставляются Федеральным фондом получателям средств, определенным в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда, на основании соглашений, типовые формы и порядок заключения которых утверждаются Минздравом России. (п. 3.1. статьи 26 Федерального закона № 326-ФЗ)

Введено положение о том, что Федеральный фонд, так же, как и территориальные фонды, должен будет вести отдельный учет по направлениям расходования средств нормированного страхового запаса (п.6.5.статьи 26 Федерального закона № 326-ФЗ).

Продлено до 2023 года действие положения статьи 51 Федерального закона № 326-ФЗ о том, что из бюджета Федерального фонда в бюджеты территориальных фондов предоставляются межбюджетные трансферты для осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения.

Новой редакцией Федерального закона № 326-ФЗ предусматривается продление срока действия положений части 28 статьи 51 Федерального закона № 326-ФЗ до 2023 года в целях реализации поручений Правительства Российской Федерации в части осуществлению денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения.

Часть 28 устанавливает, что в 2020 - 2023 годах в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый

период из бюджета Федерального фонда в бюджеты территориальных фондов предоставляются межбюджетные трансферты для осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения. Порядок и условия предоставления данных межбюджетных трансфертов, в том числе порядок осуществления указанных в данной части денежных выплат и их размер, устанавливаются Правительством Российской Федерации.

### **ОБЩИЕ ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ**

1. Изменения в Федеральном законе № 326-ФЗ, связанные с принятием Федерального закона № 430-ФЗ нельзя назвать реформой системы ОМС в полном смысле этого слова. Это, скорее, очередной этап совершенствования системы ОМС в целях ее приведения в соответствие с реалиями современной жизни. Тем не менее, анализ опыта реализации многих новых законодательных положений может стать основой для реформирования системы ОМС.
2. Передачу целого ряда функций от страховых медицинских организаций Федеральному и территориальным фондам ОМС, несмотря на формальный отход от принципов классического обязательного медицинского страхования, можно считать положительными изменениями, поскольку в соответствии с действующим законодательством, отечественная система обязательного медицинского страхования относится к обязательному социальному страхованию (являясь одним из его элементов наряду с собственно социальным страхованием и обязательным пенсионным страхованием).
3. Одно из фундаментальных новшеств новой модели ОМС - вступление Федерального и территориальных фондов в договорные отношения с медицинскими организациями, чего ранее не было (за исключением договоров в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи).
4. Реальная экономия от сокращения функций страховых медицинских организаций, а также норматив на ведение дел, будет не слишком значительной как из-за передачи соответствующих функций Федеральному или территориальным фондам ОМС, так и в связи с тем, что сокращение норматива на ведение дел оказалось не столь значительным, как предполагалось.
5. Установление особого порядка финансового обеспечения федеральных медицинских организаций в системе ОМС можно признать оправданным, поскольку оно призвано обеспечить более адекватное финансовое обеспечение федеральных медицинских организаций в системе ОМС.
6. Требуется рассмотреть вопрос о целесообразности дальнейшего разделения высокотехнологичной медицинской помощи на входящую и не входящую в базовую программу обязательного медицинского страхования.
7. Считаем необходимым организовать учет сверхплановых объемов медицинской помощи. Это не только сумма неоплаченных счетов, но и косвенный показатель потребности населения в медицинской помощи.

### **Список литературы:**

1. Федеральный закон от 8 декабря 2020 г. № 430-ФЗ О внесении изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"
2. Поручение Президента РФ от 12 декабря 2020 г. № Пр-2072 "Перечень поручений по вопросам совершенствования системы обязательного медицинского страхования"
3. Постановление Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации от 27 января 2021 года № 10-СФ «О мерах по повышению устойчивости системы здравоохранения к новым вызовам»

4. Постановление Правительства РФ от 30.01.2021 N 90 "О внесении изменений в Правила предоставления межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала"
5. Пояснительная записка к проекту федерального закона "О внесении изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".
6. Пояснительная записка к проекту приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» <https://regulation.gov.ru/projects#npra=113275>
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.02.2021 № 57н "Об определении видов медицинских организаций, которым предоставляются средства нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования на цели, указанные в пункте 4 части 6 статьи 26 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", и видов оказываемой ими медицинской помощи в целях предоставления указанных средств".
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2019 г. N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования".
9. Оперативный доклад об исполнении федерального бюджета и бюджетов государственных внебюджетных фондов январь – декабрь 2020 года // Счетная палата Российской Федерации <https://ach.gov.ru/audit/oper-2020>
10. Письмо Минздрава России N 11-7/и/2-11779, ФФОМС N 17033/26-2/и от 12.12.2019 (ред. от 07.04.2020) "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования"
11. Заключение Счетной палаты на проект федерального закона № 1027750-7 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (протокол от 13 октября 2020 г. № 52К (1425)) <https://ach.gov.ru/upload/iblock/988/9883a08be8f7bd9b6d63950387baeaa1.PDF>
12. Бюллетень Счетной палаты № 2 (февраль) 2019 г. Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ формирования в 2017 и 2018 годах и исполнения в 2017 году территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая их финансовое обеспечение». [www.ach.gov.ru/activities/bulleten/bulletin-no-2-feb-2019.php](http://www.ach.gov.ru/activities/bulleten/bulletin-no-2-feb-2019.php)
13. Аналитический доклад ЦНИИОИЗ: «Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в российском здравоохранении». Версия 1.0 (по состоянию на 26.04.2020 г.).
14. Артеменко Д.А., Соколов А.А. Проблемы и перспективы страховой модели финансирования здравоохранения // Финансы, 2018. - № 4. - С. 46-50.
15. Кадыров Ф.Н. Вопросы оплаты медицинской помощи, оказанной сверх установленных объемов предоставления медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Менеджер здравоохранения, 2019. - № 3. С.70-78.
16. Кадыров Ф.Н., Куфтова Ю.А. Новые правила обязательного медицинского страхования: основные изменения // Менеджер здравоохранения, 2019. - № 6. С.72-77.
17. Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Ендовицкая Ю.В. Проблемы оплаты медицинской помощи, оказанной жителям других субъектов российской федерации, в рамках обязательного медицинского страхования // Менеджер здравоохранения, 2020. - № 3. - С.68-76.

18. Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Сорокина Ю.А. Проблемы финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи // Менеджер здравоохранения. 2014. № 2. – С.54-64.
19. Кадыров Ф.Н. Обухова О.В., Чилилов А.М. Изменения в порядке финансового обеспечения медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования на современном этапе распространения коронавирусной инфекции // Менеджер здравоохранения, 2020. - № 8. - С.67-74.
20. Кадыров Ф.Н., Чилилов А.М. Функционирование системы обязательного медицинского страхования в условиях распространения коронавируса // Страховое дело. - 2020. - № 8. – С.39-47.
21. Обухова О.В., Кадыров Ф.Н. Эффективные способы оплаты медицинской помощи в свете Программы государственных гарантий // Менеджер здравоохранения. - 2013. - № 11. - С.6-13.
22. Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н. Вопросы использования стандартов медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Менеджер здравоохранения. 2015. - № 5. - С.60-74.

#### Сведения об авторах

**Кобякова Ольга Сергеевна** - д.м.н., профессор, Директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, Москва, Россия, e-mail: [kobyakovaos@mednet.ru](mailto:kobyakovaos@mednet.ru);

**Стародубов Владимир Иванович** - д.м.н., профессор, академик РАН, Научный руководитель ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, [starodubov@mednet.ru](mailto:starodubov@mednet.ru);

**Кадыров Фарит Накпипович** - д.э.н., заместитель директора по экономике здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, e-mail: [kadyrov@mednet.ru](mailto:kadyrov@mednet.ru);

**Обухова Ольга Валерьевна** – к.п.н., начальник отдела экономики, ресурсного обеспечения и оплаты труда в здравоохранении ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, [obuhova@mednet.ru](mailto:obuhova@mednet.ru);

**Ендовицкая Юлия Владимировна**– младший научный сотрудник отдела экономики, ресурсного обеспечения и оплаты труда в здравоохранении ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, [kuftova@mednet.ru](mailto:kuftova@mednet.ru);

**Базарова Ирина Николаевна** – научный сотрудник отдела экономики, ресурсного обеспечения и оплаты труда в здравоохранении ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, [bazarova@mednet.ru](mailto:bazarova@mednet.ru);

**Чилилов Абдула Магомедович** - к.э.н., научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России, e-mail: [chililov@mail.ru](mailto:chililov@mail.ru)

#### Приложение

#### Свод изменений в Федеральном законе "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 № 326-ФЗ

<b>Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ</b>			
	<b>Редакция от 24.04.2020 № 147-ФЗ</b>   <b>Редакции от 08.12.2021 № 430-ФЗ</b>		
<b>1</b>	<p><b>Глава 2. ПОЛНОМОЧИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</b></p> <p><b>Статья 5. Полномочия Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования</b></p> <p>К полномочиям Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования относятся:</p>		
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">фрагмент не существовал</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><u>11) финансовое обеспечение предоставления застрахованным лицам</u></td> </tr> </table>	фрагмент не существовал	<u>11) финансовое обеспечение предоставления застрахованным лицам</u>
фрагмент не существовал	<u>11) финансовое обеспечение предоставления застрахованным лицам</u>		



		<p><u>специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти (далее - медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти), в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования.</u></p>
2	<p><b>Глава 2. ПОЛНОМОЧИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</b></p> <p><b>Статья 6. Полномочия Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданные для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации</b></p> <p>1. К полномочиям Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относится организация обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в соответствии с требованиями, установленными настоящим Федеральным законом, в том числе:</p>	<p><u>б) финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования, за исключением медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 настоящего Федерального закона;</u></p>
3	<p><b>Глава 2. ПОЛНОМОЧИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</b></p> <p><b>Статья 7. Права и обязанности уполномоченного федерального органа исполнительной власти и Федерального фонда по осуществлению переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования органами государственной власти субъектов Российской Федерации</b></p> <p>1. Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти осуществляет следующие права и обязанности по осуществлению полномочий, переданных в соответствии с частью 1 статьи 6 настоящего Федерального закона:</p>	<p><u>б) утверждает правила обязательного медицинского страхования, в том числе методику расчета тарифов на оплату медицинской помощи, методику расчета объемов финансового обеспечения медицинской помощи и порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;</u></p> <p><u>9<sup>1</sup>) устанавливает порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и</u></p>
	фрагмент не существовал	

		<u>условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения (далее также - контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи);</u>
4	<p><b>Глава 2. ПОЛНОМОЧИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</b></p> <p><b>Статья 7. Права и обязанности уполномоченного федерального органа исполнительной власти и Федерального фонда по осуществлению переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования органами государственной власти субъектов Российской Федерации</b></p> <p>2. Федеральный фонд осуществляет следующие права и обязанности по осуществлению полномочий, переданных в соответствии с частью 1 статьи 6 настоящего Федерального закона:</p>	<p><del>5) устанавливает порядок осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам (далее также - контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи);</del></p> <p>утратил силу</p>
5	<p><b>Глава 3. СУБЪЕКТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И УЧАСТНИКИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</b></p> <p><b>Статья 9. Субъекты обязательного медицинского страхования и участники обязательного медицинского страхования</b></p> <p>2. Участниками обязательного медицинского страхования являются:</p> <p>1) территориальные фонды;</p> <p>2) страховые медицинские организации;</p> <p>3) медицинские организации.</p>	<p>изменения отсутствуют</p>
6	<p><b>Глава 3. СУБЪЕКТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И УЧАСТНИКИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</b></p> <p><b>Статья 15. Медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования</b></p> <p>1. Для целей настоящего Федерального закона к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования (далее - медицинские организации) относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее также - реестр медицинских организаций), в соответствии с настоящим Федеральным законом:</p> <p>1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;</p> <p>2) индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.</p>	<p>1. Для целей настоящего Федерального закона к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования (далее - медицинские организации) относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в <u>соответствии с настоящим Федеральным законом в единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, включающий в себя сведения о медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, оказывающих медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 настоящего Федерального закона, и реестры медицинских организаций, осуществляющих</u></p>

		<p><u>деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования (далее также - единый реестр медицинских организаций):</u></p> <p>1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;</p> <p>2) индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.</p>
	<p>2. Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации во включении в реестр медицинских организаций. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации могут быть установлены иные сроки подачи уведомления вновь создаваемыми медицинскими организациями. Информация о сроках и порядке подачи уведомления о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, размещается территориальным фондом на своем официальном сайте в сети "Интернет".</p>	<p>2. Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций, <u>осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования (далее также - реестр медицинских организаций)</u>, на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации во включении в реестр медицинских организаций. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации могут быть установлены иные сроки подачи уведомления вновь создаваемыми медицинскими организациями. Информация о сроках и порядке подачи уведомления о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, размещается территориальным фондом на своем официальном сайте в сети "Интернет".</p>
фрагмент не существовал		<p><u>2<sup>2</sup>. Медицинская организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти, вправе до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (для 2021 года - по 25 декабря 2020 года включительно), направить в Федеральный фонд заявку на распределение ей объемов предоставления медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 настоящего Федерального закона. Форма указанной заявки и порядок ее подачи</u></p>

		<p>устанавливаются <u>уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Медицинская организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти, подавшая такую заявку, включается Федеральным фондом в единый реестр медицинских организаций.</u></p>
	<p>фрагмент не существовал</p>	<p><u>2<sup>3</sup>. Медицинская организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти, вправе оказывать первичную медико-санитарную помощь и скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования. Медицинская организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти, вправе оказывать специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования в случае распределения ей объемов предоставления медицинской помощи в соответствии с частью 10 статьи 36 настоящего Федерального закона.</u></p>
	<p>5. Медицинская организация 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 <del>территориальной программой</del> обязательного медицинского страхования.</p>	<p>5. Медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и <u>(или) договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования</u> и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с <u>программами</u> обязательного медицинского страхования.</p>
<p>7</p>	<p><b>Глава 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, СТРАХОВАТЕЛЕЙ, СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ</b>  <b>Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц</b>  1. Застрахованные лица имеют право на:  4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации <del>территориальной программы</del> обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;</p>	<p>4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации <u>программ</u> обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья, <u>в том числе медицинской организации, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, оказывающей медицинскую помощь в соответствии с пунктом 11 статьи 5 настоящего Федерального закона. Порядок направления застрахованных лиц в медицинские организации, подведомственные</u></p>

		<u>федеральным органам исполнительной власти, для оказания медицинской помощи устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;</u>
	б) получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;	б) получение от <u>Федерального фонда</u> , территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;
	<b>Глава 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, СТРАХОВАТЕЛЕЙ, СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ</b> <b>Статья 20. Права и обязанности медицинских организаций</b> 1. Медицинские организации имеют право:	
8	1) получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также - тарифы на оплату медицинской помощи) и в иных случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом;	1) получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию <u>и договоров на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования</u> в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также - тарифы на оплату медицинской помощи) <u>по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи</u> и в иных случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом;
	2) обжаловать заключения страховой медицинской организации и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со статьей 42 настоящего Федерального закона.	2) обжаловать заключения страховой медицинской организации, <u>Федерального фонда</u> и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со статьей 42 настоящего Федерального закона.
	<b>Глава 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, СТРАХОВАТЕЛЕЙ, СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ</b> <b>Статья 20. Права и обязанности медицинских организаций</b> 2. Медицинские организации обязаны:	
9	3) предоставлять страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;	3) предоставлять страховым медицинским организациям, <u>Федеральному фонду</u> и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
	7) предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о режиме	7) предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям, <u>Федеральному фонду</u> и территориальному

	<p>работы, видах оказываемой медицинской помощи, а также показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной программе обязательного медицинского страхования;</p>	<p>фонду 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;</p>
	<p>7.1) использовать средства нормированного страхового запаса территориального фонда для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;</p>	<p>7.1) использовать средства <u>нормированного страхового запаса Федерального фонда</u>, нормированного страхового запаса территориального фонда для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;</p>
	<p><b>Глава 5. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</b>  <b>Статья 26. Состав бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов</b>  2. Расходы бюджета Федерального фонда осуществляются в целях финансового обеспечения:</p>	
10	фрагмент не существовал	<p>4) <u>оказания застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с пунктом 11 статьи 5 настоящего Федерального закона;</u></p>
	фрагмент не существовал	<p>5) <u>ведения дела по обязательному медицинскому страхованию в части оказания застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с пунктом 11 статьи 5 настоящего Федерального закона.</u></p>
	<p><b>Глава 5. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</b>  <b>Статья 26. Состав бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов</b>  3. В составе расходов бюджета Федерального фонда формируется нормированный страховой запас. Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда устанавливаются федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период. Порядок использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.</p>	
11	фрагмент не существовал	<p>изменения отсутствуют</p>
	фрагмент не существовал	<p><u>3.1. Средства нормированного страхового запаса Федерального фонда предоставляются Федеральным фондом получателям указанных средств,</u></p>

		<p><u>определенным в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда, на основании соглашений, типовые формы и порядок заключения которых утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.</u></p>
	<p>6.5. Территориальные фонды ведут раздельный учет по направлениям расходования средств нормированного страхового запаса.</p>	<p>6.5. <u>Федеральный фонд и территориальные фонды</u> ведут раздельный учет по направлениям расходования средств нормированного страхового запаса.</p>
	<p>6.6. Средства нормированного страхового запаса территориального фонда на цели, указанные в пункте 4 части 6 настоящей статьи, предоставляются территориальным фондом медицинским организациям государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, оказывающим <del>первичную</del> <del>медико-санитарную помощь</del> в соответствии с <del>территориальными</del> <del>программами</del> обязательного медицинского страхования. Указанные в настоящей части средства нормированного страхового запаса предоставляются соответствующим медицинским организациям на основании соглашения, типовая форма и порядок заключения которого утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Порядок формирования средств нормированного страхового запаса, условия их предоставления медицинским организациям и порядок их использования устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.</p>	<p>6.6. Средства нормированного страхового запаса территориального фонда на цели, указанные в пункте 4 части 6 настоящей статьи, предоставляются территориальным фондом медицинским организациям государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, оказывающим <u>медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой</u> обязательного медицинского страхования. <u>Виды медицинских организаций, которым предоставляются указанные средства, и виды оказываемой ими медицинской помощи в целях предоставления указанных средств</u> определяются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Указанные в настоящей части средства нормированного страхового запаса предоставляются соответствующим медицинским организациям на основании соглашения, типовая форма и порядок заключения которого утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Порядок формирования средств нормированного страхового запаса, условия их предоставления медицинским организациям и порядок их использования устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.</p>
	<p><b>Глава 5. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</b>  <b>Статья 30. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию</b></p>	
12	<p>2. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением, заключаемым между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными</p>	<p>2. Тарифы на оплату медицинской помощи, <u>за исключением тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в соответствии с пунктом 11 статьи 5 настоящего Федерального закона,</u> устанавливаются тарифным соглашением, заключаемым между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной</p>

	<p>некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 настоящего Федерального закона. Требования к структуре и содержанию указанного тарифного соглашения устанавливаются <del>Федеральным фондом.</del></p>	<p>власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 настоящего Федерального закона. Требования к структуре и содержанию указанного тарифного соглашения <u>уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.</u></p>
	<p>3. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории субъекта Российской Федерации, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, <del>а также в случаях, установленных настоящим Федеральным законом, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.</del></p>	<p>3. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации, <u>устанавливаемые в соответствии с частью 2 настоящей статьи,</u> являются едиными для всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории субъекта Российской Федерации, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.</p>
	<p>фрагмент не существовал</p>	<p><u>3<sup>1</sup>. Порядок установления тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в соответствии с пунктом 11 статьи 5 настоящего Федерального закона, устанавливается Правительством Российской Федерации в составе базовой программы обязательного медицинского страхования.</u></p>
<p>13</p>	<p><b>Глава 5. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</b>  <b>Статья 31. Возмещение расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью</b>  1. Расходы, осуществленные в соответствии с настоящим Федеральным законом страховой медицинской организацией, на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью (за исключением расходов на оплату медицинской помощи (первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи) застрахованному лицу непосредственно после произошедшего</p>	<p>1. Расходы, осуществленные в соответствии с настоящим Федеральным законом страховой медицинской организацией, <u>Федеральным фондом,</u> на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью (за исключением расходов на оплату медицинской помощи (первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи) застрахованному лицу непосредственно после произошедшего</p>



	тяжелого несчастного случая на производстве (далее - медицинская помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве) подлежат возмещению лицом, причинившим вред здоровью застрахованного лица.	тяжелого несчастного случая на производстве (далее - медицинская помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве) подлежат возмещению лицом, причинившим вред здоровью застрахованного лица.
	2. Предъявление претензии или иска к лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи страховой медицинской организацией осуществляется на основании результатов проведения экспертизы качества медицинской помощи, оформленных соответствующим актом.	2. Предъявление претензии или иска к лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи страховой медицинской организацией, <u>Федеральным фондом</u> осуществляется на основании результатов проведения экспертизы качества медицинской помощи, оформленных соответствующим актом.
	3. Размер расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью определяется страховой медицинской организацией на основании реестров счетов и счетов медицинской организации.	3. Размер расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью определяется страховой медицинской организацией, <u>Федеральным фондом</u> на основании реестров счетов и счетов медицинской организации.
	4. Страховая медицинская организация 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.	4. Страховая медицинская организация, <u>Федеральный фонд</u> 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.
	5. Иск о возмещении расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью и связанных с ними расходов страховой медицинской организации предъявляется в порядке гражданского судопроизводства.	5. Иск о возмещении расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью и связанных с ними расходов страховой медицинской организации, <u>Федерального фонда</u> предъявляется в порядке гражданского судопроизводства.
	<b>Глава 6. ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА И ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА</b> <b>Статья 33. Правовое положение, полномочия и органы управления Федерального фонда</b> 8. Федеральный фонд:	
14	8) определяет общие принципы построения и функционирования информационных систем и <del>порядка</del> информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования;	8) определяет общие принципы построения и функционирования информационных систем и <u>порядок</u> информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования;
	10) ведет единый реестр медицинских организаций, <del>осуществляющих деятельность</del>	10) ведет единый реестр медицинских организаций. <u>Порядок ведения, форма единого реестра медицинских организаций и</u>

	в сфере обязательного медицинского страхования;	<u>перечень содержащихся в нем сведений устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования;</u>
	11) ведет единый реестр экспертов качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;	11) ведет единый реестр экспертов качества медицинской помощи, включающий в себя сведения об экспертах качества медицинской помощи, которая оказывается медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, и финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 настоящего Федерального закона, и территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи;
	<b>Глава 6. ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА И ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА</b> <b>Статья 34. Правовое положение, полномочия и органы управления территориального фонда</b> 7. Территориальный фонд осуществляет следующие полномочия страховщика:	
15	9) ведет территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;	9) ведет территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи;
	фрагмент не существовал	<u>13<sup>1</sup>) получает от Федерального фонда данные персонализированного учета сведений об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, предусмотренной пунктом 11 статьи 5 настоящего Федерального закона;</u>
	<b>Глава 7. ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</b> <b>Статья 35. Базовая программа обязательного медицинского страхования</b>	
16	фрагмент не существовал	<u>3<sup>1</sup>. В базовой программе обязательного медицинского страхования отдельно устанавливаются нормативы объемов предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти (специализированной, в том числе высокотехнологичной, в стационарных условиях и условиях дневного стационара), в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления указанной медицинской помощи, а также перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых указанными медицинскими организациями оказывается медицинская помощь.</u>
	фрагмент не существовал	<u>3<sup>2</sup>. Объемы предоставления медицинской помощи, указанной в части 3<sup>1</sup> настоящей статьи, распределяются и перераспределяются между медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной</u>

		<p><u>власти, с учетом мощностей таких организаций и объемов оказываемой медицинской помощи за счет иных источников финансирования. Порядок распределения и перераспределения указанных объемов устанавливается Правительством Российской Федерации.</u></p>
	<p><b>Глава 7. ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</b>  <b>Статья 36. Территориальная программа обязательного медицинского страхования</b></p>	
17	<p>10. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением комиссии, указанной в части 9 настоящей статьи, между <del>страховыми</del> медицинскими организациями и <del>между медицинскими организациями</del> исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим <del>амбулаторно-поликлиническую помощь, а также</del> потребности застрахованных лиц в медицинской помощи. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в котором застрахованным лицам выдан полис обязательного медицинского страхования, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи данным застрахованным лицам за пределами территории этого субъекта Российской Федерации.</p>	<p>10. Объемы предоставления <u>и финансового обеспечения</u> медицинской помощи, установленные <u>в соответствии с</u> территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением комиссии, указанной в части 9 настоящей статьи, между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим <u>медицинскую помощь в амбулаторных условиях</u>, потребности застрахованных лиц в медицинской помощи, <u>а также нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных</u> территориальной программой обязательного медицинского страхования. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в котором застрахованным лицам выдан полис обязательного медицинского страхования, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи данным застрахованным лицам за пределами территории этого субъекта Российской Федерации.</p>
	<p><b>Глава 8. СИСТЕМА ДОГОВОРОВ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</b>  <b>Статья 37. Договоры в сфере обязательного медицинского страхования</b></p>	
18	<p>Право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию реализуется на основании заключенных в его пользу <del>между участниками обязательного медицинского страхования</del> договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.</p>	<p>Право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию реализуется на основании заключенных в его пользу <u>в соответствии с настоящим Федеральным законом</u> договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию <u>и (или) договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.</u></p>

19	<p><b>Глава 8. СИСТЕМА ДОГОВОРОВ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</b>  <b>Статья 38. Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования</b></p>	
	<p>2. В договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности страховой медицинской организации:</p> <p>б) <del>заключение с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;</del></p> <p>10) осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения <del>медико-экономического контроля,</del> медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля;</p>	<p>2. В договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности страховой медицинской организации:</p> <p>б) <u>оплата медицинским организациям, включенным в реестр медицинских организаций, медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования;</u></p> <p>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-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля;</p>
20	<p>18. Территориальный фонд предоставляет страховой медицинской организации средства, предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с нормативом, предусмотренным договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, в размере не менее <del>одного</del> процента и не более <del>двух</del> <u>0,8</u> процентов от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам. Норматив расходов на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию устанавливается законом о бюджете территориального фонда в едином размере для всех страховых медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации.</p>	
	<p><b>Глава 8. СИСТЕМА ДОГОВОРОВ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</b>  <b>Статья 39. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию</b></p>	
	<p>1. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию заключается</p>	<p>1. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию заключается</p>

<p>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 страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в установленном настоящим Федеральным законом порядке.</p>	<p>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, <u>территориальным фондом</u> и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в установленном настоящим Федеральным законом порядке.</p>
<p>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, <del>а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.</del></p>	<p>2. По договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация обязуется:</p> <p><u>1) оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования и в рамках объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных медицинской организации решением комиссии, указанной в части 9 статьи 36 настоящего Федерального закона, в случае, если медицинская помощь оказывается в пределах территории субъекта Российской Федерации, в котором застрахованному лицу выдан полис обязательного медицинского страхования;</u></p> <p><u>2) оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в случае, если медицинская помощь оказывается за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором застрахованному лицу выдан полис обязательного медицинского страхования.</u></p>
<p>фрагмент не существовал</p>	<p><u>2<sup>1</sup>. В случае, предусмотренном пунктом 1 части 2 настоящей статьи, медицинская помощь оплачивается страховой медицинской организацией, а в случае, предусмотренном пунктом 2 части 2 настоящей статьи, - территориальным фондом.</u></p>
<p>фрагмент не существовал</p>	<p><u>4<sup>1</sup>. В договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию должны содержаться положения, предусматривающие обязанность</u></p>

	<p>6. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, <del>на основании предоставленных</del> <del>медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи,</del> <del>установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования,</del> осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования.</p>	<p><u>территориального фонда проводить медико-экономический контроль.</u></p> <p>6. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу <u>по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию,</u> осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи, <u>установленным в соответствии с частью 2 статьи 30 настоящего Федерального закона, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи</u> и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования, <u>на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.</u></p>
21	<p><b>Глава 8. СИСТЕМА ДОГОВОРОВ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</b></p> <p>фрагмент не существовал</p>	<p><b><u>Статья 39<sup>1</sup>. Договор на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования</u></b></p> <p><u>1. Договор на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования заключается в установленном настоящим Федеральным законом порядке между включенной в единый реестр медицинских организаций медицинской организацией, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, которой установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и Федеральным фондом.</u></p> <p><u>2. По договору на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования медицинская организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти, обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках объемов предоставления медицинской помощи, распределенных указанной медицинской организации в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и по тарифам, установленным в соответствии с частью 3<sup>1</sup> статьи 30 настоящего Федерального закона, а Федеральный фонд обязуется оплатить указанную медицинскую помощь.</u></p>

3. В договоре на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности Федерального фонда:

1) получение от медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, сведений, необходимых для осуществления контроля за соблюдением требований к оказанию медицинской помощи застрахованным лицам, информации о режиме работы указанных организаций, видах оказываемой медицинской помощи и иных сведений в объеме и порядке, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, а также обеспечение конфиденциальности и сохранности указанных сведений и осуществление проверки их достоверности;

2) проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, в соответствии со статьей 40 настоящего Федерального закона;

3) организация оказания медицинской помощи застрахованному лицу другой медицинской организацией в случае утраты медицинской организацией, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, права на осуществление медицинской деятельности.

4. В договоре на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности медицинской организации, подведомственной федеральному органу исполнительной власти:

1) предоставление сведений о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимых для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, а также информации о режиме работы указанной организации, видах оказываемой медицинской помощи и иных сведений в объеме и порядке, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой

		<p><u>программы обязательного медицинского страхования;</u></p> <p><u>2) представление реестров счетов и счетов на оплату оказанной медицинской помощи;</u></p> <p><u>3) представление отчетности об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи и иной отчетности в порядке, установленном Федеральным фондом;</u></p> <p><u>4) выполнение иных предусмотренных настоящим Федеральным законом и договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования обязанностей.</u></p> <p><u>5. Оплата медицинской помощи застрахованному лицу осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с частью 3<sup>1</sup> статьи 30 настоящего Федерального закона, на основании представленных медицинской организацией, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением уполномоченного федерального органа исполнительной власти.</u></p> <p><u>6. За неоказание, несвоевременное оказание медицинской помощи или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования медицинская организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти, уплачивает штраф в порядке и размере, которые установлены указанным договором в соответствии со статьей 41 настоящего Федерального закона.</u></p> <p><u>7. При утрате медицинской организацией, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, права на осуществление медицинской деятельности договор на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования считается расторгнутым с момента утраты медицинской организацией, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, права на осуществление медицинской деятельности.</u></p> <p><u>8. Форма типового договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного</u></p>
--	--	---



		<u>медицинского страхования утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.</u>
	<b>Глава 9. КОНТРОЛЬ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ</b> <b>Статья 40. Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи</b>	
	1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены <del>территориальной программой</del> обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, проводится в соответствии с порядком <del>организации</del> и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, <del>установленным Федеральным фондом.</del>	1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены <u>программами</u> обязательного медицинского страхования, договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию <u>и договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования</u> , проводится в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, <u>устанавливающим в том числе формы его проведения, его продолжительность, периодичность, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.</u>
22	3. Медико-экономический контроль - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, <del>территориальной программе</del> обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.	3. Медико-экономический контроль - установление соответствия сведений об объемах <u>и стоимости</u> оказанной <u>застрахованным лицам</u> медицинской помощи на основании представленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию <u>или договоров на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, программам</u> обязательного медицинского страхования, <u>объемам предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи</u> , способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.
	7. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в <del>территориальный</del> реестр экспертов качества медицинской помощи. Экспертом качества медицинской помощи является врач - специалист, имеющий высшее образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по	7. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в <u>единый</u> реестр экспертов качества медицинской помощи. Экспертом качества медицинской помощи является врач - специалист, имеющий высшее образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по

<p>вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд, территориальный фонд, страховая медицинская организация для организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи поручают проведение указанной экспертизы эксперту качества медицинской помощи из числа экспертов качества медицинской помощи, включенных в <del>территориальные реестры</del> экспертов качества медицинской помощи.</p>	<p>вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд, территориальный фонд, страховая медицинская организация для организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи поручают проведение указанной экспертизы эксперту качества медицинской помощи из числа экспертов качества медицинской помощи, включенных в <u>единый реестр</u> экспертов качества медицинской помощи.</p>
<p>7.1. <del>Территориальный</del> реестр экспертов качества медицинской помощи содержит сведения об экспертах качества медицинской помощи, в том числе фамилию, имя, отчество, специальность, стаж работы по специальности, и иные сведения, предусмотренные порядком ведения <del>территориального</del> реестра экспертов качества медицинской помощи. Порядок ведения <del>территориального</del> реестра экспертов качества медицинской помощи <del>территориальным фондом, в том числе размещение указанного реестра на официальном сайте территориального фонда в сети "Интернет"</del>, устанавливается <del>Федеральным фондом.</del></p>	<p>7.1. <u>Единый</u> реестр экспертов качества медицинской помощи содержит сведения об экспертах качества медицинской помощи, в том числе фамилию, имя, отчество, специальность, стаж работы по специальности, и иные сведения, предусмотренные порядком ведения <del>территориального</del> реестра экспертов качества медицинской помощи. Порядок ведения <u>единого</u> реестра экспертов качества медицинской помощи устанавливается <u>уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.</u></p>
<p>9. Результаты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи оформляются соответствующими <del>актами</del> по формам, установленным Федеральным фондом.</p>	<p>9. Результаты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи оформляются соответствующими <u>заключениями</u> по формам, установленным Федеральным фондом.</p>
<p>11. Территориальный фонд в порядке, установленном <del>Федеральным фондом</del>, вправе осуществлять контроль за деятельностью страховых 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 страховыми медицинскими организациями и 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.</p>	<p>11. Территориальный фонд в порядке, установленном <u>уполномоченным федеральным органом исполнительной власти</u>, вправе осуществлять контроль за деятельностью страховых 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 страховыми медицинскими организациями и 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.</p>

	<p>Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования. Эксперты территориального фонда должны соответствовать требованиям, установленным частями 5 и 7 настоящей статьи.</p>	<p>территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования. Эксперты территориального фонда должны соответствовать требованиям, установленным частями 5 и 7 настоящей статьи.</p>
	<p>12. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи территориальный фонд и (или) страховая медицинская организация в порядке, установленном <del>Федеральным фондом</del>, информируют застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.</p>	<p>12. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи <u>Федеральный фонд</u>, территориальный фонд и (или) страховая медицинская организация в порядке, установленном <u>уполномоченным федеральным органом исполнительной власти</u>, информируют застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.</p>
23	<p><b>Глава 9. КОНТРОЛЬ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ</b>  <b>Статья 41. Порядок применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи</b></p>	
	<p>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 страховую медицинскую организацию 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.</p>	<p>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 страховую медицинскую организацию, <u>Федеральный фонд</u> в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, <u>договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования</u>, 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.</p>
	<p>2. Взаимные обязательства медицинских организаций и страховых медицинских организаций, 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,</p>	<p>2. Взаимные обязательства медицинских организаций и страховых медицинских организаций <u>и Федерального фонда</u>, 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</p>

	<p>предусматриваются заключенным между ними договором на оказание и оплату медицинской 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.</p>	<p>ненадлежащего качества, предусматриваются заключенным между ними договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, <u>договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования</u> 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.</p>
24	<p><b>Глава 9. КОНТРОЛЬ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ</b>  <b>Статья 42. Обжалование заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи</b></p>	
	<p><b>Статья 42. Обжалование заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи</b></p>	<p><b>Статья 42. Обжалование заключений страховой медицинской организации <u>и Федерального фонда, заключений и решений территориального фонда</u> по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи</b></p>
	<p>1. Медицинская организация в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации вправе обжаловать заключение страховой медицинской организации при наличии разногласий по результатам <del>медико-экономического</del> <del>контроля</del>, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи путем направления претензии в территориальный фонд.</p>	<p>1. Медицинская организация в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации вправе обжаловать заключение страховой медицинской организации при наличии разногласий по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи путем направления претензии в территориальный фонд.</p>
	<p>3. Территориальный фонд в течение 30 рабочих дней со дня поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации материалы и организует проведение повторных <del>медико-экономического</del> <del>контроля</del>, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.</p>	<p>3. Территориальный фонд в течение 30 рабочих дней со дня поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации материалы и организует проведение повторных медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.</p>
<p>4. Повторные <del>медико-экономический</del> <del>контроль</del>, медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи проводятся экспертами, назначенными</p>	<p>4. Повторные медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи проводятся экспертами, назначенными</p>	

	<p>территориальным фондом, и оформляются решением территориального фонда.</p> <p>5. При несогласии медицинской организации с решением территориального фонда она вправе обжаловать это решение в судебном порядке.</p>	<p>территориальным фондом, и оформляются решением территориального фонда.</p> <p>5. При несогласии медицинской организации с <u>заключением Федерального фонда или с решением</u> <u>территориального фонда</u> она вправе обжаловать это <u>заключение</u> или решение в судебном порядке.</p>
25	<p><b>Глава 10. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</b></p> <p>фрагмент не существовал</p>	<p><b><u>Статья 44<sup>1</sup>. Информационное обеспечение персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам</u></b></p> <p><u>1. Информационное обеспечение персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществляется посредством государственной информационной системы обязательного медицинского страхования.</u></p> <p><u>2. Государственная информационная система обязательного медицинского страхования обеспечивает:</u></p> <p><u>1) ведение персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах;</u></p> <p><u>2) ведение персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;</u></p> <p><u>3) формирование документов в сфере обязательного медицинского страхования, предусмотренных настоящим Федеральным законом и принятыми в соответствии с ним иными нормативными правовыми актами, а также обмен такими документами;</u></p> <p><u>4) формирование и ведение единого реестра медицинских организаций;</u></p> <p><u>5) формирование и ведение единого реестра страховых медицинских организаций;</u></p> <p><u>6) формирование и ведение единого реестра экспертов качества медицинской помощи;</u></p> <p><u>7) формирование отчетности в сфере обязательного медицинского страхования;</u></p> <p><u>8) доступ к сведениям, содержащимся в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования, предоставление таких сведений в электронном виде;</u></p> <p><u>9) информационное взаимодействие государственной информационной системы обязательного медицинского страхования с единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения и с иными государственными информационными</u></p>

		<p><u>системами, в том числе в соответствии с порядком информационного взаимодействия;</u></p> <p><u>10) осуществление контроля достоверности, полноты и актуальности данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;</u></p> <p><u>11) использование усиленной квалифицированной электронной подписи при формировании электронных документов;</u></p> <p><u>12) формирование иной информации и документов, а также выполнение иных функций в соответствии с настоящим Федеральным законом и принятыми в соответствии с ним иными нормативными правовыми актами.</u></p> <p><u>3. Порядок функционирования государственной информационной системы обязательного медицинского страхования устанавливается Правительством Российской Федерации.</u></p> <p><u>4. Оператором государственной информационной системы обязательного медицинского страхования является Федеральный фонд.</u></p> <p><u>5. Оператор государственной информационной системы обязательного медицинского страхования осуществляет:</u></p> <p><u>1) развитие и эксплуатацию государственной информационной системы обязательного медицинского страхования, а также обработку сведений, содержащихся в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования, в том числе персональных данных;</u></p> <p><u>2) обеспечение бесперебойного ежедневного и круглосуточного функционирования государственной информационной системы обязательного медицинского страхования;</u></p> <p><u>3) защиту сведений, содержащихся в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования, в соответствии с требованиями настоящего Федерального закона, законодательства Российской Федерации об информации, информационных технологиях и о защите информации, законодательства Российской Федерации в области персональных данных при их обработке в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования;</u></p> <p><u>4) обеспечение межведомственного информационного взаимодействия при формировании и ведении</u></p>
--	--	--

		<p><u>персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;</u></p> <p><u>5) предоставление сведений, содержащихся в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования, в соответствии со статьей 44 настоящего Федерального закона.</u></p> <p><u>6. Защита сведений, содержащихся в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования, включая персональные данные, обеспечивается посредством применения организационных и технических мер защиты информации, а также осуществления контроля за их применением.</u></p> <p><u>7. Субъекты Российской Федерации и (или) территориальные фонды вправе создавать, развивать и эксплуатировать региональные информационные системы обязательного медицинского страхования, интегрированные с государственной информационной системой обязательного медицинского страхования.</u></p> <p><u>8. Интеграция информационных систем, указанных в части 7 настоящей статьи, с государственной информационной системой обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утверждаемым Федеральным фондом.</u></p>
26	<p><b>Глава 10. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</b></p> <p><b>Статья 47. Взаимодействие медицинской организации с территориальным фондом и страховой медицинской организацией при ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам</b></p>	<p><b>Статья 47. Взаимодействие медицинской организации с <u>Федеральным фондом</u>, территориальным фондом и страховой медицинской организацией при ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам</b></p>
27	<p><b>Глава 10. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</b></p> <p><b>Статья 47. Взаимодействие медицинской организации с <u>Федеральным фондом</u>, территориальным фондом и страховой медицинской организацией при ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам</b></p> <p>1. Медицинские организации предоставляют сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предусмотренные пунктами 1 - 13 части 4 статьи 44 настоящего Федерального закона, в территориальный фонд и страховую медицинскую организацию в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, установленным уполномоченным</p>	<p>1. Медицинские организации предоставляют сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предусмотренные пунктами 1 - 13 части 4 статьи 44 настоящего Федерального закона, в <u>Федеральный фонд</u>, территориальный фонд и страховую медицинскую организацию в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, установленным уполномоченным</p>

	федеральным органом исполнительной власти.	федеральным органом исполнительной власти.
	2. Данные персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предоставляются медицинскими организациями в страховые медицинские организации в объеме и сроки, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.	2. Данные персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предоставляются медицинскими организациями в страховые медицинские организации <u>и в Федеральный фонд</u> в объеме и сроки, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию <u>или договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.</u>
	3. Страховые медицинские организации и медицинские организации в соответствии с правилами организации государственного архивного дела хранят копии документов на бумажном и электронном носителях, содержащих сведения, указанные в части 1 настоящей статьи и предоставляемые в территориальный фонд для ведения персонифицированного учета.	3. Страховые медицинские организации и медицинские организации в соответствии с правилами организации государственного архивного дела хранят копии документов на бумажном и электронном носителях, содержащих сведения, указанные в части 1 настоящей статьи и предоставляемые в <u>Федеральный фонд или</u> территориальный фонд для ведения персонифицированного учета.
	4. Медицинские организации, страховые 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.	4. Медицинские организации, страховые медицинские организации, <u>Федеральный фонд</u> 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.
	фрагмент не существовал	<u>7. Федеральный фонд ежемесячно предоставляет в территориальный фонд данные персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с пунктом 11 статьи 5 настоящего Федерального закона, в порядке, установленном _____ уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.</u>
	<b>Глава 11. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ</b>	
	<b>Статья 51. Заключительные положения</b>	
28	27. В 2020 - <del>2022</del> годах в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период из бюджета Федерального фонда в бюджеты территориальных фондов в установленном Правительством Российской Федерации порядке предоставляются межбюджетные трансферты для формирования нормированного страхового запаса	27. В 2020 - <u>2023</u> годах в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период из бюджета Федерального фонда в бюджеты территориальных фондов в установленном Правительством Российской Федерации порядке предоставляются межбюджетные трансферты для формирования нормированного страхового запаса



<p>территориального фонда на цели, указанные в пункте 4 части 6 статьи 26 настоящего Федерального закона.</p>	<p>территориального фонда на цели, указанные в пункте 4 части 6 статьи 26 настоящего Федерального закона.</p>
<p>28. В 2020 - <del>2022</del> годах в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период из бюджета Федерального фонда в бюджеты территориальных фондов предоставляются межбюджетные трансферты для осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения. Порядок и условия предоставления данных межбюджетных трансфертов, в том числе порядок осуществления указанных в настоящей части денежных выплат и их размер, устанавливаются Правительством Российской Федерации.</p>	<p>28. В 2020 - <u>2023</u> годах в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период из бюджета Федерального фонда в бюджеты территориальных фондов предоставляются межбюджетные трансферты для осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения. Порядок и условия предоставления данных межбюджетных трансфертов, в том числе порядок осуществления указанных в настоящей части денежных выплат и их размер, устанавливаются Правительством Российской Федерации.</p>