



КонсультантПлюс

Обзор изменений Федерального закона от
29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном
медицинском страховании в Российской
Федерации"

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: 05.12.2022

ОБЗОР ИЗМЕНЕНИЙ

ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА от 29.11.2010 N 326-ФЗ "ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ"

Материал подготовлен специалистами АО "Консультант Плюс" и содержит информацию об изменениях к новым редакциям документа.

Редакция от 14.07.2022

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральными законами от 14.07.2022 N 237-ФЗ, N 357-ФЗ. См. справку к редакции.

Изменение абзаца первого части 1 статьи 10

старая редакция

1. Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением **высококвалифицированных специалистов и членов их семей**, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации"), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах":

новая редакция

1. Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением **неработающих членов семей высококвалифицированных специалистов**, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации"), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах":

Изменение пункта 1 части 1 статьи 10

старая редакция

1) работающие по трудовому договору, в том числе руководители организаций, являющиеся единственными участниками (учредителями), членами организаций, собственниками их имущества, или гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг, по договору авторского заказа, а также авторы произведений,

новая редакция

1) работающие по трудовому договору, в том числе руководители организаций, являющиеся единственными участниками (учредителями), членами организаций, собственниками их имущества, или гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг **(за исключением граждан, получающих страховые пенсии в**

получающие выплаты и иные вознаграждения по договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства;

соответствии с законодательством Российской Федерации, являющихся опекунами или попечителями, исполняющими свои обязанности возмездно по договору об осуществлении опеки или попечительства, в том числе по договору о приемной семье), по договору авторского заказа, а также авторы произведений, получающие выплаты и иные вознаграждения по договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства;

Дополнение пункта 5 части 1 статьи 10 подпунктом "е.1". См. текст новой редакции

е.1) граждане, получающие страховые пенсии в соответствии с законодательством Российской Федерации, являющиеся опекунами или попечителями, исполняющими свои обязанности возмездно по договору об осуществлении опеки или попечительства, в том числе по договору о приемной семье;

Дополнение статьи 10 частью 1.1. См. текст новой редакции

1.1. Застрахованными лицами также являются временно пребывающие и осуществляющие трудовую деятельность на территории Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации").

Изменение абзаца первого части 1 статьи 11

старая редакция

1. Страхователями для работающих граждан, указанных в пунктах 1 - 4 статьи 10 настоящего Федерального закона, являются:

новая редакция

1. Страхователями для работающих граждан, указанных в пунктах 1 - 4 **части 1 и части 1.1** статьи 10 настоящего Федерального закона, являются:

Изменение части 2 статьи 11

старая редакция

2. Страхователями для неработающих граждан, указанных в

новая редакция

2. Страхователями для неработающих граждан, указанных в

пункте 5 статьи 10 настоящего Федерального закона, являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, иные организации, определенные Правительством Российской Федерации. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

пункте 5 **части 1** статьи 10 настоящего Федерального закона, являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, иные организации, определенные Правительством Российской Федерации. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Дополнение статьи 16 частью 1.1. См. текст новой редакции

1.1. Застрахованные лица, указанные в части 1.1 статьи 10 настоящего Федерального закона, приобретают права, установленные частью 1 настоящей статьи, при уплате за них страхователями, указанными в части 1 статьи 11 настоящего Федерального закона, страховых взносов на обязательное медицинское страхование в течение не менее трех лет.

Изменение пункта 1 части 2 статьи 16

старая редакция

1) при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев получения экстренной медицинской помощи, предъявить по своему выбору полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе или документ, удостоверяющий личность (для детей в возрасте до четырнадцати лет – свидетельство о рождении);

новая редакция

1) при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев получения экстренной медицинской помощи, предъявить по своему выбору полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе **(за исключением застрахованных лиц, указанных в части 1.1 статьи 10 настоящего Федерального закона)** или документ, удостоверяющий личность (для детей в возрасте до четырнадцати лет – свидетельство о рождении);

Изменение пункта 1 части 7 статьи 16

старая редакция

1) информируют застрахованное лицо в порядке и сроки, которые установлены правилами обязательного медицинского страхования, о факте страхования и возможности получения полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе или внесения изменений в полис обязательного медицинского

новая редакция

1) информируют застрахованное лицо в порядке и сроки, которые установлены правилами обязательного медицинского страхования, о факте страхования и возможности получения полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе или внесения изменений в полис обязательного медицинского

страхования на материальном носителе;

страхования на материальном носителе **(за исключением застрахованных лиц, указанных в части 1.1 статьи 10 настоящего Федерального закона)**;

Изменение пункта 2 части 7 статьи 16

старая редакция

2) по запросу застрахованного лица или его представителя обеспечивают выдачу полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе или внесение изменений в полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;

новая редакция

2) по запросу застрахованного лица или его представителя **(за исключением застрахованных лиц, указанных в части 1.1 статьи 10 настоящего Федерального закона)** обеспечивают выдачу полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе или внесение изменений в полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;

Изменение части 3 статьи 23

старая редакция

3. Годовой объем бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения утверждается законом о бюджете субъекта Российской Федерации в отношении застрахованных лиц, указанных в пункте 5 статьи 10 настоящего Федерального закона.

новая редакция

3. Годовой объем бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения утверждается законом о бюджете субъекта Российской Федерации в отношении застрахованных лиц, указанных в пункте 5 **части 1** статьи 10 настоящего Федерального закона.

Изменение части 1 статьи 32

старая редакция

1. Оплата расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 года N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" Фондом социального страхования Российской Федерации

новая редакция

1. Оплата расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 года N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" Фондом **пенсионного и** социального страхования Российской Федерации

за счет средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Федерации за счет средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Изменение части 2 статьи 32

старая редакция

2. Сведения о принятом решении об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве направляются не позднее 10 дней со дня принятия решения **исполнительными** органами Фонда социального страхования Российской Федерации территориальным фондам в порядке, установленном Фондом социального страхования Российской Федерации по согласованию с Федеральным фондом.

новая редакция

2. Сведения о принятом решении об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве направляются не позднее 10 дней со дня принятия решения **территориальными** органами Фонда **пенсионного и** социального страхования Российской Федерации территориальным фондам в порядке, установленном Фондом **пенсионного и** социального страхования Российской Федерации по согласованию с Федеральным фондом.

Изменение части 3 статьи 43

старая редакция

3. Персонифицированный учет, сбор, обработка, передача и хранение сведений осуществляются Федеральным фондом и территориальными фондами, федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, его территориальными органами, страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями и страхователями для неработающих граждан в соответствии с полномочиями, предусмотренными настоящим Федеральным законом.

новая редакция

3. Персонифицированный учет, сбор, обработка, передача и хранение сведений осуществляются Федеральным фондом и территориальными фондами, федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, его территориальными органами, **Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации, его территориальными органами,** страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями и страхователями для неработающих граждан в соответствии с полномочиями, предусмотренными настоящим Федеральным законом.

Изменение пункта 10 части 2 статьи 44

старая редакция

10) страховой номер индивидуального лицевого счета

новая редакция

10) страховой номер индивидуального лицевого счета

(СНИЛС), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете **в системе обязательного пенсионного страхования;**

(СНИЛС), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете **в системах обязательного пенсионного страхования и обязательного социального страхования;**

Изменение части 2 статьи 46

старая редакция

2. Полис обязательного медицинского страхования, в том числе представленный в виде штрихового кода, выдается застрахованному лицу или его представителю в день подачи заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц. Полис обязательного медицинского страхования, представленный в виде штрихового кода, выдается застрахованному лицу посредством использования федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)". Полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе выдается по запросу застрахованного лица или его представителя на основании соответствующего заявления в сроки, установленные правилами обязательного медицинского страхования.

новая редакция

2. Полис обязательного медицинского страхования, в том числе представленный в виде штрихового кода, выдается застрахованному лицу или его представителю в день подачи заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц. Полис обязательного медицинского страхования, представленный в виде штрихового кода, выдается застрахованному лицу посредством использования федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)". Полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе выдается по запросу застрахованного лица или его представителя **(за исключением застрахованных лиц, указанных в части 1.1 статьи 10 настоящего Федерального закона)** на основании соответствующего заявления в сроки, установленные правилами обязательного медицинского страхования.

Изменение части 1 статьи 49

старая редакция

1. В целях персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах Федеральный фонд осуществляет информационное взаимодействие с федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, федеральным органом исполнительной власти в сфере внутренних дел, территориальными

новая редакция

1. В целях персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах Федеральный фонд осуществляет информационное взаимодействие с федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, федеральным органом исполнительной власти в сфере внутренних дел, **Фондом пенсионного**

фондами, иными органами и организациями в соответствии с настоящим Федеральным законом. Территориальные фонды осуществляют информационное взаимодействие со страхователями для неработающих граждан, медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, иными органами и организациями в соответствии с настоящим Федеральным законом.

и социального страхования Российской Федерации, территориальными фондами, иными органами и организациями в соответствии с настоящим Федеральным законом. Территориальные фонды осуществляют информационное взаимодействие со страхователями для неработающих граждан, медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, иными органами и организациями в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Дополнение статьи 49 частью 2.1. См. текст новой редакции

2.1. Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации предоставляет в Федеральный фонд сведения об изменении статуса (работающий, неработающий) в отношении лиц, указанных в части 1.1 статьи 10 настоящего Федерального закона, не позднее дня, следующего за днем учета в информационных ресурсах Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации данных о фактах начала и окончания ими трудовых отношений (действия договоров гражданско-правового характера).

Изменение части 3 статьи 49

старая редакция

3. Федеральный фонд осуществляет обмен информацией с федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, в электронном виде в соответствии с соглашением об информационном обмене, заключаемым между Федеральным фондом и федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов. Такое взаимодействие осуществляется посредством использования единой системы межведомственного электронного взаимодействия и подключаемых к ней региональных систем межведомственного электронного взаимодействия.

новая редакция

3. Федеральный фонд осуществляет обмен информацией с федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, в электронном виде в соответствии с соглашением об информационном обмене, заключаемым между Федеральным фондом и федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов. Такое взаимодействие осуществляется посредством использования единой системы межведомственного электронного взаимодействия и подключаемых к ней региональных систем межведомственного электронного взаимодействия. **Федеральный фонд осуществляет обмен информацией с Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации в электронном виде в составе и порядке, которые установлены соглашением об информационном обмене, заключаемым между**

Федеральным фондом и фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации.

Часть 4 статьи 49 – изложена в новой редакции

[старая редакция](#)

4. Федеральный фонд в течение 15 рабочих дней со дня получения сведений о застрахованном лице, предусмотренных частью 2 настоящей статьи, вносит их в единый регистр застрахованных лиц.

[новая редакция](#)

4. Федеральный фонд вносит в единый регистр застрахованных лиц сведения о застрахованном лице, предусмотренные частью 2 настоящей статьи, в течение 15 рабочих дней со дня их получения и сведения о застрахованном лице, предусмотренные частью 2.1 настоящей статьи, в течение одного рабочего дня со дня их получения.

Изменение пункта 3 части 6 статьи 49

[старая редакция](#)

3) об иностранных гражданах, лицах без гражданства, в отношении которых **аннулировано разрешение на временное проживание** в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации";

[новая редакция](#)

3) об иностранных гражданах, лицах без гражданства, в отношении которых **аннулированы разрешение на временное проживание, разрешение на временное проживание в целях получения образования** в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации";

Изменение пункта 3 части 2 статьи 49.1

[старая редакция](#)

3) аннулирования разрешения на временное проживание в отношении иностранных граждан, лиц без гражданства – со дня поступления сведений в соответствии с пунктом 3 части 6 статьи 49 настоящего Федерального закона;

[новая редакция](#)

3) аннулирования разрешения на временное проживание, **разрешения на временное проживание в целях получения образования** в отношении иностранных граждан, лиц без гражданства – со дня поступления сведений в соответствии с пунктом 3 части 6 статьи 49 настоящего Федерального закона;

Дополнение части 2 статьи 49.1 пунктом 5. См. текст [новой редакции](#)

5) утраты лицом, застрахованным в соответствии с частью 1.1 статьи 10 настоящего Федерального закона, статуса "работающий" – со дня поступления сведений в соответствии с частью 2.1 статьи 49 настоящего Федерального закона.

* * *

**Редакция от 06.12.2021
(с изм. и доп., вступ. в силу с 01.12.2022)**

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным законом от 06.12.2021 N 405-ФЗ (ред. от 28.06.2022), вступающих в силу с 01.12.2022. См. справку к редакции.

Пункт 7 части 1 статьи 7 - исключен. См. текст старой редакции

Пункт 1 части 2 статьи 16 - изложен в новой редакции

старая редакция

новая редакция

1) предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;

1) при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев получения экстренной медицинской помощи, предъявить по своему выбору полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе или документ, удостоверяющий личность (для детей в возрасте до четырнадцати лет - свидетельство о рождении);

Пункт 2 части 2 статьи 16 - исключен. См. текст старой редакции

Часть 5 статьи 16 - изложена в новой редакции

старая редакция

новая редакция

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

5. Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя обращается с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации непосредственно в выбранную им страховую медицинскую организацию или иные организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования. В случае подачи в соответствии с частью 1 статьи 46 настоящего Федерального закона застрахованным лицом заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц заявление о выборе страховой медицинской организации подается им одновременно с заявлением о включении в единый регистр застрахованных лиц. Порядок подачи и формы заявления о выборе

лицо считается застрахованным той страховой медицинской организацией, которой он был застрахован ранее, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 4 части 2 настоящей статьи.

(замене) страховой медицинской организации устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования.

Дополнение статьи 16 частью 5.1. См. текст новой редакции

5.1. Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным в страховой медицинской организации, определенной территориальным фондом в порядке, предусмотренном частью 6 настоящей статьи. Если застрахованным лицом не было подано заявление о замене страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным той страховой медицинской организацией, которой оно было застраховано ранее. В случае изменения места жительства застрахованного лица и отсутствия по новому месту жительства застрахованного лица страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией лицо, не подавшее заявление о замене страховой медицинской организации, считается застрахованным в страховой медицинской организации, определенной территориальным фондом в порядке, предусмотренном частью 6 настоящей статьи.

Часть 6 статьи 16 - изложена в новой редакции

старая редакция

6. Сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов обязательного медицинского страхования, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, ежемесячно до 10-го числа направляются территориальным фондом в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них для заключения договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Соотношение работающих граждан и неработающих граждан, не обратившихся в

новая редакция

6. Сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию с заявлением о выборе страховой медицинской организации, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации, ежемесячно до 10-го числа направляются территориальным фондом в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них для заключения договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Соотношение работающих граждан и неработающих граждан, не обратившихся в страховую медицинскую организацию, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно

страховую медицинскую организацию, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным.

быть равным.

Пункт 1 части 7 статьи 16 - изложен в новой редакции

[старая редакция](#)

1) в течение трех рабочих дней с момента получения сведений из территориального фонда информируют застрахованное лицо в письменной форме о факте страхования и необходимости получения полиса обязательного медицинского страхования;

[новая редакция](#)

1) информируют застрахованное лицо в порядке и сроки, которые установлены правилами обязательного медицинского страхования, о факте страхования и возможности получения полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе или внесения изменений в полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе;

Пункт 2 части 7 статьи 16 - изложен в новой редакции

[старая редакция](#)

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

[новая редакция](#)

2) по запросу застрахованного лица или его представителя обеспечивают выдачу полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе или внесение изменений в полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;

Изменение части 4 статьи 17

[старая редакция](#)

4. Лица, указанные в части 1 статьи 11 настоящего Федерального закона, признаются страхователями с момента их постановки на учет в налоговых органах в соответствии с

[новая редакция](#)

4. Лица, указанные в части 1 статьи 11 настоящего Федерального закона, признаются страхователями с момента их постановки на учет в налоговых органах в соответствии с

законодательством Российской Федерации о налогах и сборах. Информация о постановке таких лиц на учет в налоговых органах передается в **территориальные фонды** в порядке, установленном соглашением об информационном обмене между органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, и Федеральным фондом.

законодательством Российской Федерации о налогах и сборах. Информация о постановке таких лиц на учет в налоговых органах передается в **Федеральный фонд** в порядке, установленном соглашением об информационном обмене между **федеральным** органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, и Федеральным фондом.

Изменение части 2 статьи 22

старая редакция

2. **Налоговые органы** представляют сведения об уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения в **территориальные фонды** в порядке, установленном соглашением об информационном обмене, утверждаемым федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, и Федеральным фондом.

новая редакция

2. **Федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный по контролю и надзору в области налогов и сборов, представляет** сведения об уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения в **Федеральный фонд** в порядке, установленном соглашением об информационном обмене, утверждаемым федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, и Федеральным фондом.

Пункт 12 части 8 статьи 33 - изложен в новой редакции

старая редакция

12) ведет единый регистр застрахованных лиц;

новая редакция

12) ведет единый регистр застрахованных лиц в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;

Изменение пункта 1 части 2 статьи 38

старая редакция

1) оформление, переоформление, выдача полиса обязательного медицинского страхования;

новая редакция

1) оформление, переоформление, выдача полиса обязательного медицинского страхования **на материальном носителе по запросу застрахованного лица или его представителя;**

Изменение пункта 2 части 2 статьи 38

старая редакция

2) ведение учета застрахованных лиц, выданных им полисов обязательного медицинского страхования, а также обеспечение учета и сохранности сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, **установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;**

новая редакция

2) ведение учета застрахованных лиц, **осуществивших выбор страховой медицинской организации,** выданных им полисов обязательного медицинского страхования, а также обеспечение учета и сохранности сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета;

Изменение пункта 8 части 2 статьи 38

старая редакция

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

новая редакция

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

Изменение части 4 статьи 40

старая редакция

4. Медико-экономическая экспертиза – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, **объема предъявленных к оплате медицинских услуг** записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

новая редакция

4. Медико-экономическая экспертиза – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, **объемов медицинской помощи, предъявленных к оплате,** записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Изменение части 5 статьи 43

старая редакция

5. Порядок ведения персонифицированного учета определяется **уполномоченным**

новая редакция

5. Порядок ведения персонифицированного учета определяется **Правительством**

федеральным органом исполнительной
власти.

Российской Федерации.

Изменение пункта 6 части 2 статьи 44

старая редакция

6) **данные** документа,
удостоверяющего личность;

новая редакция

6) **реквизиты** документа,
удостоверяющего личность **(для
детей в возрасте до четырнадцати
лет - реквизиты записи акта
гражданского состояния о
рождении)**;

Изменение пункта 8 части 2 статьи 44

старая редакция

8) место **регистрации**;

новая редакция

8) место **пребывания**;

Пункт 9 части 2 статьи 44 - исключен. См. текст старой редакции

Изменение пункта 11 части 2 статьи 44

старая редакция

11) **номер полиса** обязательного
медицинского страхования
застрахованного лица;

новая редакция

11) **полис** обязательного
медицинского страхования
застрахованного лица;

Дополнение части 2 статьи 44 пунктом 11.1. См. текст **новой редакции**

11.1) субъект Российской Федерации, в котором выдан полис
обязательного медицинского страхования;

Изменение пункта 12 части 2 статьи 44

старая редакция

12) **данные** о страховой
медицинской организации, выбранной
застрахованным лицом;

новая редакция

12) **данные** о страховой
медицинской организации, выбранной
застрахованным лицом **или
определенной застрахованному лицу
в соответствии с настоящим
Федеральным законом**;

Пункт 13 части 2 статьи 44 - изложен в новой редакции

старая редакция

13) дата регистрации в качестве
застрахованного лица;

новая редакция

13) дата выдачи полиса
обязательного медицинского
страхования, дата регистрации в
качестве застрахованного лица в
субъекте Российской Федерации;

Изменение пункта 16 части 2 статьи 44

старая редакция

16) сведения о медицинском работнике, выбранном застрахованным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации для получения первичной медико-санитарной помощи.

новая редакция

16) сведения о медицинском работнике, выбранном застрахованным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации для получения первичной медико-санитарной помощи **(при наличии)** ;

Дополнение части 2 статьи 44 пунктом 17. См. текст новой редакции

17) сведения о законных представителях ребенка. Состав таких сведений определяется порядком ведения персонифицированного учета.

Часть 3 статьи 44 - изложена в новой редакции

старая редакция

3. Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах ведется в форме единого регистра застрахованных лиц, являющегося совокупностью его центрального и региональных сегментов, содержащих сведения о застрахованных лицах.

новая редакция

3. Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах ведется в едином регистре застрахованных лиц, включающем региональные сегменты, содержащие сведения о застрахованных лицах, которым на территории субъекта Российской Федерации выдан полис обязательного медицинского страхования. В едином регистре застрахованных лиц не допускается использование сведений, отнесенных в установленном законодательством Российской Федерации порядке к сведениям, составляющим государственную тайну.

Изменение пункта 2 части 4 статьи 44

старая редакция

2) сведения о медицинской организации, оказавшей **медицинские услуги**;

новая редакция

2) сведения о медицинской организации, оказавшей **медицинскую помощь**;

Пункт 10 части 4 статьи 44 - изложен в новой редакции

старая редакция

10) сведения о медицинских услугах, оказанных застрахованному лицу, и о примененных лекарственных препаратах;

новая редакция

10) сведения об оказанной медицинской помощи застрахованному лицу и о примененных лекарственных препаратах;

Изменение пункта 12 части 4 статьи 44

старая редакция

новая редакция

12) сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших **медицинские услуги**;

12) сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших **медицинскую помощь**;

Изменение части 5 статьи 44

старая редакция

5. Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи могут предоставляться в виде документов **как в письменной форме, так и в электронной форме** при наличии гарантии их достоверности (подлинности), защиты от несанкционированного доступа и искажений. В этом случае юридическая сила представленных документов подтверждается усиленной квалифицированной электронной подписью в соответствии с законодательством Российской Федерации. **Решение о возможности предоставления информации в электронной форме принимается совместно участниками информационного обмена.**

новая редакция

5. Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи могут предоставляться в виде документов **как в форме документа на бумажном носителе, так и в форме электронного документа** при наличии гарантии их достоверности (подлинности), защиты от несанкционированного доступа и искажений. В этом случае юридическая сила представленных документов подтверждается усиленной квалифицированной электронной подписью в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Изменение части 7 статьи 44

старая редакция

7. Сведения о застрахованном лице, предусмотренные пунктами 11 - 14 части 2 настоящей статьи, предоставляются Федеральным фондом по межведомственным запросам органам государственной власти, предоставляющим государственные услуги, или органам местного самоуправления, предоставляющим муниципальные услуги, если для предоставления государственной или муниципальной услуги предусмотрено предоставление таких сведений или документа, содержащего такие сведения, в указанные государственные органы или органы местного самоуправления.

новая редакция

7. Сведения о застрахованном лице, предусмотренные пунктами 11 - 14 части 2 настоящей статьи, предоставляются Федеральным фондом по межведомственным запросам органам государственной власти, предоставляющим государственные услуги, или органам местного самоуправления, предоставляющим муниципальные услуги, если для предоставления государственной или муниципальной услуги предусмотрено предоставление таких сведений или документа, содержащего такие сведения, в указанные государственные органы или органы местного самоуправления. **Такие сведения предоставляются Федеральным фондом также медицинским организациям в целях подтверждения действительности полисов обязательного медицинского**

страхования при обращении застрахованных лиц за получением медицинской помощи. В этих же целях такие сведения могут предоставляться медицинским организациям территориальными фондами в случае их получения от Федерального фонда.

Дополнение статьи 44 частями 8 - 9. См. текст новой редакции

8. Сведения о застрахованных лицах, предусмотренные частью 2 настоящей статьи, предоставляются Федеральным фондом территориальным фондам в режиме реального времени для использования в региональных информационных системах обязательного медицинского страхования в целях осуществления полномочий страховщика.

9. Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, предусмотренные настоящей статьей, предоставляются застрахованному лицу в части, относящейся к застрахованному лицу и к каждому из его детей, не достигших совершеннолетия. Предоставление таких сведений (за исключением сведений, указанных в пунктах 8 и 10 - 12 части 4 настоящей статьи) осуществляется посредством использования федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" и региональных порталов государственных и муниципальных услуг. Предоставление сведений, указанных в пунктах 8 и 10 - 12 части 4 настоящей статьи, осуществляется посредством использования государственной информационной системы обязательного медицинского страхования и региональных информационных систем обязательного медицинского страхования (при наличии). Доступ к таким сведениям застрахованных лиц обеспечивается посредством использования соответственно федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" и региональных порталов государственных и муниципальных услуг.

Дополнение статьи 44.1 частью 9. См. текст новой редакции

9. Территориальные фонды могут использовать введенные в эксплуатацию региональные информационные системы обязательного медицинского страхования для включения в них сведений, передаваемых территориальному фонду в соответствии с частью 8 статьи 44 настоящего Федерального закона, а также для сбора, обработки и хранения сведений, предусмотренных пунктами 15 и 16 части 2 статьи 44 настоящего Федерального закона, с последующей передачей таких сведений в единый регистр застрахованных лиц в соответствии с порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования.

Изменение части 1 статьи 45

старая редакция

1. Полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме,

новая редакция

1. Полис обязательного медицинского страхования удостоверяет право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой

предусмотренной базовой программой обязательного медицинского страхования.

программой обязательного медицинского страхования. Полис обязательного медицинского страхования представляет собой уникальную последовательность символов в машиночитаемом виде, которая присваивается сведениям о застрахованном лице в едином регистре застрахованных лиц при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах. Полис обязательного медицинского страхования может быть выдан в виде документа на материальном носителе, предназначенном для нанесения, хранения и передачи полиса, а также в виде штрихового кода (графической информации в кодированном виде), выполненного посредством использования федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)".

Изменение части 2 статьи 45

старая редакция

2. Единые требования к полису обязательного медицинского страхования устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования.

новая редакция

2. Требования к полису обязательного медицинского страхования и материальным носителям, предназначенным для нанесения, хранения и передачи полиса, состав сведений единого регистра застрахованных лиц, наносимых на указанные материальные носители и включаемых в штриховой код, устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования.

Статья 46 - изложена в новой редакции

старая редакция

Статья 46. Порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования застрахованному лицу

1. Для получения полиса обязательного медицинского страхования застрахованное лицо лично или через своего представителя подает в порядке, установленном правилами обязательного медицинского

новая редакция

Статья 46. Порядок формирования и выдачи полиса обязательного медицинского страхования застрахованному лицу

1. Полис обязательного медицинского страхования формируется посредством включения территориальным фондом сведений о застрахованном лице в единый регистр застрахованных лиц на

страхования, заявление о выборе страховой медицинской организации, предусмотренное пунктом 2 части 2 статьи 16 настоящего Федерального закона.

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

основании данных, получаемых в целях ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах, в том числе предоставляемых органами и организациями, указанными в статье 49 настоящего Федерального закона, в порядке и случаях, которые предусмотрены порядком ведения персонифицированного учета, либо на основании заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц, поданного застрахованным лицом лично или через своего представителя в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования.

2. Полис обязательного медицинского страхования, в том числе представленный в виде штрихового кода, выдается застрахованному лицу или его представителю в день подачи заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц. Полис обязательного медицинского страхования, представленный в виде штрихового кода, выдается застрахованному лицу посредством использования федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)". Полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе выдается по запросу застрахованного лица или его представителя на основании соответствующего заявления в сроки, установленные правилами обязательного медицинского страхования.

3. Территориальный фонд не позднее одного рабочего дня, следующего за днем включения сведений о застрахованном лице в единый регистр застрахованных лиц, информирует о таком включении застрахованное лицо в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета.

Часть 1 статьи 49 - **изложена в новой редакции**

[старая редакция](#)

[новая редакция](#)

1. В целях персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах **Федеральный фонд** осуществляет информационное взаимодействие с федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, территориальными фондами и иными организациями в соответствии с настоящим Федеральным законом. Территориальные фонды осуществляют информационное взаимодействие со страхователями для неработающих граждан, налоговыми органами, органами записи актов гражданского состояния, медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями и иными организациями в соответствии с настоящим Федеральным законом.

1. В целях персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах **Федеральный фонд** осуществляет информационное взаимодействие с федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, **федеральным органом исполнительной власти в сфере внутренних дел**, территориальными фондами, иными органами и организациями в соответствии с настоящим Федеральным законом. Территориальные фонды осуществляют информационное взаимодействие со страхователями для неработающих граждан, медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, иными органами и организациями в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Изменение части 2 статьи 49

старая редакция

2. **Налоговые органы** предоставляют в соответствующие **территориальные фонды** ежеквартально не позднее 15-го числа второго месяца, следующего за отчетным периодом, сведения о работающих застрахованных лицах, указанные в пунктах 1 - 10 и 14 части 2 статьи 44 настоящего Федерального закона.

новая редакция

2. **Федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный по контролю и надзору в области налогов и сборов, предоставляет в Федеральный фонд** ежеквартально не позднее 15-го числа второго месяца, следующего за отчетным периодом, сведения о работающих застрахованных лицах, указанные в пунктах 1 - 10 и 14 части 2 статьи 44 настоящего Федерального закона.

Изменение части 3 статьи 49

старая редакция

3. **Территориальные фонды** осуществляют обмен информацией с **налоговыми органами** в электронном виде в соответствии с соглашением об информационном обмене, заключаемым между **Федеральным фондом** и **федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов**. Такое взаимодействие

новая редакция

3. **Федеральный фонд** осуществляет обмен информацией с **федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов**, в электронном виде в соответствии с соглашением об информационном обмене, заключаемым между **Федеральным фондом** и **федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю**

осуществляется посредством использования единой системы межведомственного электронного взаимодействия и подключаемых к ней региональных систем межведомственного электронного взаимодействия.

и надзору в области налогов и сборов. Такое взаимодействие осуществляется посредством использования единой системы межведомственного электронного взаимодействия и подключаемых к ней региональных систем межведомственного электронного взаимодействия.

Изменение части 4 статьи 49

старая редакция

4. Территориальные фонды в течение 15 рабочих дней со дня получения сведений о застрахованном лице, предусмотренных частью 2 настоящей статьи, **вносят их в региональный сегмент единого регистра** застрахованных лиц.

новая редакция

4. **Федеральный фонд** в течение 15 рабочих дней со дня получения сведений о застрахованном лице, предусмотренных частью 2 настоящей статьи, **вносит их в единый регистр** застрахованных лиц.

Дополнение статьи 49 частями 9 - 11. См. текст новой редакции

9. В целях ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах:

1) Федеральному фонду предоставляются сведения, содержащиеся в едином федеральном информационном регистре, содержащем сведения о населении Российской Федерации, формирование и ведение которого осуществляются в соответствии с Федеральным законом от 8 июня 2020 года N 168-ФЗ "О едином федеральном информационном регистре, содержащем сведения о населении Российской Федерации", в порядке, предусмотренном частью 7 статьи 11 указанного Федерального закона;

2) Федеральному фонду, территориальным фондам предоставляются сведения, содержащиеся в Едином государственном реестре записей актов гражданского состояния, формирование и ведение которого осуществляются в соответствии с Федеральным законом от 15 ноября 1997 года N 143-ФЗ "Об актах гражданского состояния", в порядке, предусмотренном статьей 13.2 указанного Федерального закона.

10. Федеральный фонд, территориальные фонды получают сведения об изменении реквизитов документа, удостоверяющего личность застрахованного лица, изменении места жительства и (или) места пребывания посредством использования единой системы межведомственного электронного взаимодействия и подключаемых к ней региональных систем межведомственного электронного взаимодействия в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

11. Федеральный фонд, территориальные фонды вправе получать от государственных органов, органов местного самоуправления, иных органов и организаций сведения, необходимые для предоставления государственных услуг в сфере обязательного медицинского страхования и ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах, предусмотренных частью 2 статьи 44 настоящего Федерального закона. Получение таких сведений Федеральным фондом, территориальными фондами осуществляется в рамках межведомственного информационного взаимодействия. В случае осуществления указанного взаимодействия в электронной форме используются единая система межведомственного

электронного взаимодействия и подключаемые к ней региональные системы межведомственного электронного взаимодействия, созданные в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2010 года N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг".

Комментарий: Пп. 1 ч. 9 ст. 49 вступает в силу с 01.01.2023.

Изменение части 3 статьи 49.1

старая редакция

3. Граждане Российской Федерации, указанные в части 1 настоящей статьи (за исключением проходящих военную службу по призыву), обязаны сдать полис обязательного медицинского страхования или сообщить о его утрате путем подачи соответствующего заявления в любую страховую медицинскую организацию или любой территориальный фонд лично или через своего представителя.

новая редакция

3. Граждане Российской Федерации, указанные в части 1 настоящей статьи (за исключением проходящих военную службу по призыву), обязаны сдать полис обязательного медицинского страхования **на материальном носителе** или сообщить о его утрате путем подачи соответствующего заявления в любую страховую медицинскую организацию или любой территориальный фонд лично или через своего представителя.

* * *

Редакция от 06.12.2021

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральными законами от 25.12.2018 N 489-ФЗ, от 06.12.2021 N 405-ФЗ. См. справку к редакции.

Подпункт "а" пункта 1 части 6.3 статьи 26 - **исключен**. См. текст старой редакции

Подпункт "а" пункта 2 части 6.3 статьи 26 - **исключен**. См. текст старой редакции

Изменение части 6.4 статьи 26

старая редакция

6.4. Общий размер средств нормированного страхового запаса территориального фонда и цели их использования устанавливаются законом о бюджете территориального фонда в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом. **Размер средств нормированного**

новая редакция

6.4. Общий размер средств нормированного страхового запаса территориального фонда и цели их использования устанавливаются законом о бюджете территориального фонда в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом.

страхового запаса территориального фонда, указанных в пункте 1 части 6 настоящей статьи, не должен превышать среднемесячный размер планируемых поступлений средств территориального фонда на очередной год.

Изменение подпункта "а" пункта 2 части 1 статьи 28

старая редакция

а) 50 процентов средств по результатам проведения медико-экономического контроля;

новая редакция

а) 100 процентов средств по результатам проведения медико-экономического контроля;

Изменение пункта 2 части 3 статьи 39

старая редакция

2) проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях в соответствии с порядком **организации** и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, **установленным Федеральным фондом**;

новая редакция

2) проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

Изменение части 6 статьи 39.1

старая редакция

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.**

новая редакция

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 **к медицинской организации, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, применяются меры, предусмотренные статьей 41 настоящего Федерального закона и условиями указанного договора. Размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и размеры штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества устанавливаются в договоре на**

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

Изменение части 6 статьи 40

старая редакция

6. Экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

новая редакция

6. Экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. **Экспертиза качества медицинской помощи проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных в соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".**

Изменение части 7.1 статьи 40

старая редакция

7.1. Единый 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 **территориального** реестра экспертов качества медицинской помощи. Порядок ведения единого реестра экспертов качества медицинской помощи устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

новая редакция

7.1. Единый 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 **единого** реестра экспертов качества медицинской помощи. Порядок ведения единого реестра экспертов качества медицинской помощи устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Изменение части 12 статьи 40

старая редакция

12. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи **Федеральный фонд, территориальный фонд и (или)**

новая редакция

12. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи **Федеральный фонд, территориальный фонд и (или)**

страховая медицинская организация в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, информируют застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи в соответствии с **территориальной программой** обязательного медицинского страхования.

страховая медицинская организация в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, информируют застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи в соответствии с **программами** обязательного медицинского страхования.

Изменение части 1 статьи 41

старая редакция

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, Федеральный фонд в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, 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.

новая редакция

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, Федеральный фонд в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Изменение части 2 статьи 41

старая редакция

2. Взаимные обязательства медицинских организаций, страховых медицинских организаций и Федерального фонда, следствием которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за

новая редакция

2. Взаимные обязательства медицинских организаций, страховых медицинских организаций и Федерального фонда, следствием которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за

неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, предусматриваются заключенным между ними договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 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.

неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, предусматриваются заключенным между ними договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 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 **в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования** 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.

Изменение части 1 статьи 47

старая редакция

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

новая редакция

1. Медицинские организации предоставляют сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предусмотренные пунктами 1 - 13 части 4 статьи 44 настоящего Федерального закона, в Федеральный фонд, территориальный фонд и страховую медицинскую организацию в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета.

Изменение части 3 статьи 47

старая редакция

3. Страховые медицинские организации и медицинские

новая редакция

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 Федеральный фонд или территориальный фонд для ведения персонифицированного учета.

организации в соответствии с правилами организации государственного архивного дела хранят копии документов на бумажном и **(или)** электронном носителях, содержащих сведения, указанные в части 1 настоящей статьи и предоставляемые в Федеральный фонд или территориальный фонд для ведения персонифицированного учета.

Часть 9 статьи 50.1 – исключена. См. текст старой редакции

Изменение части 27 статьи 51

[старая редакция](#)

27. 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 в установленном Правительством Российской Федерации порядке предоставляются межбюджетные трансферты для формирования нормированного страхового запаса территориального фонда на цели, указанные в пункте 4 части 6 статьи 26 настоящего Федерального закона.

[новая редакция](#)

27. В 2020 – **2024** 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 территориального фонда на цели, указанные в пункте 4 части 6 статьи 26 настоящего Федерального закона.

Изменение части 28 статьи 51

[старая редакция](#)

28. 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

[новая редакция](#)

28. В 2020 – **2024** 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.

указанных в настоящей части денежных выплат и их размер, устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Дополнение статьи 51 частями 29 – 30. См. текст новой редакции

29. В целях перехода на ведение территориальными фондами персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах в едином регистре застрахованных лиц территориальные фонды до 1 июля 2022 года обеспечивают проверку достоверности, полноты и актуальности сведений, содержащихся в региональных сегментах единого регистра застрахованных лиц, при необходимости вносят в такие сведения изменения в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета и передают сведения из региональных сегментов единого регистра застрахованных лиц в центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц в соответствии с порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования.

30. До 1 января 2023 года по решению высшего должностного лица субъекта Российской Федерации (руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) в целях ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах территориальным фондом может использоваться введенная в эксплуатацию региональная информационная система обязательного медицинского страхования с последующей передачей сведений о застрахованных лицах в единый регистр застрахованных лиц в соответствии с порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования. Субъект Российской Федерации в письменной форме извещает о принятом решении Федеральный фонд до 1 мая 2022 года.

Редакция от 24.02.2021

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным [законом](#) от 24.02.2021 N 20-ФЗ. См. справку к редакции.

Часть 9 статьи 24 – изложена в новой редакции

[старая редакция](#)

9. Обязанность страхователей по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения считается исполненной с момента списания суммы платежа со счетов бюджетов субъектов Российской Федерации или со счетов по учету средств федерального бюджета.

[новая редакция](#)

9. Обязанность страхователей по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения считается исполненной с даты списания суммы платежа с единого счета бюджета, открытого в Федеральном казначействе.

* * *

**Редакция от 08.12.2020
(с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2021)**

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральными законами от 28.11.2018 N 437-ФЗ, от 08.12.2020 N 430-ФЗ, вступающих в силу с 01.01.2021. См. справку к редакции.

Дополнение статьи 5 пунктом 11. См. текст новой редакции

11) 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 – медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти), в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования.

Пункт 6 части 1 статьи 6 – изложен в новой редакции

старая редакция

6) осуществление расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (далее также – страховой медицинской полис), в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования;

новая редакция

6) 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;

Изменение пункта 6 части 1 статьи 7

старая редакция

6) утверждает правила обязательного медицинского страхования, в том числе методику расчета тарифов на оплату медицинской помощи и порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

новая редакция

6) 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;

Дополнение части 1 статьи 7 пунктом 9.1. См. текст новой редакции

9.1) устанавливает порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и 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);

Пункт 5 части 2 статьи 7 – исключен. См. текст старой редакции

Изменение абзаца первого части 1 статьи 15

старая редакция

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:**

новая редакция

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 **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 деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования (далее также – единый реестр медицинских организаций) :**

Изменение части 2 статьи 15

старая редакция

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

новая редакция

2. Медицинская организация включается в **реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования (далее также – реестр**

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".

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".

Дополнение статьи 15 частью 2.3. См. текст новой редакции

2.3. 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.

Изменение части 5 статьи 15

старая редакция

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

новая редакция

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 (или) договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках**

помощи в соответствии с **территориальной программой** обязательного медицинского страхования.

базовой программы обязательного медицинского страхования и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с **программами** обязательного медицинского страхования.

Пункт 4 части 1 статьи 16 - изложен в новой редакции

старая редакция

4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;

новая редакция

4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья, 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 федеральным органам исполнительной власти, для оказания медицинской помощи устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

Изменение пункта 6 части 1 статьи 16

старая редакция

6) получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

новая редакция

6) получение от **Федерального фонда**, территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

Изменение пункта 1 части 1 статьи 20

старая редакция

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

новая редакция

1) получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию **и договоров на оказание и оплату**

тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также – тарифы на оплату медицинской помощи) и в иных случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом;

медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также – тарифы на оплату медицинской помощи) **по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи** и в иных случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом;

Изменение пункта 2 части 1 статьи 20

старая редакция

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.

новая редакция

2) обжаловать заключения страховой медицинской организации, **Федерального фонда** и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со статьей 42 настоящего Федерального закона.

Изменение пункта 3 части 2 статьи 20

старая редакция

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;

новая редакция

3) предоставлять страховым медицинским организациям, **Федеральному фонду** 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;

Изменение пункта 7 части 2 статьи 20

старая редакция

7) предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, а также показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной программе обязательного

новая редакция

7) предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям, **Федеральному фонду** и территориальному фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, а также показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной программе

медицинского страхования;

обязательного
страхования;

медицинского

Изменение пункта 7.1 части 2 статьи 20

старая редакция

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;

новая редакция

7.1) использовать средства **нормированного страхового запаса Федерального фонда**, 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;

Дополнение части 2 статьи 26 пунктами 4 - 5. См. текст новой редакции

4) оказания застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с пунктом 11 статьи 5 настоящего Федерального закона;

5) ведения дела по обязательному медицинскому страхованию в части оказания застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с пунктом 11 статьи 5 настоящего Федерального закона.

Дополнение статьи 26 частью 3.1. См. текст новой редакции

3.1. Средства нормированного страхового запаса Федерального фонда предоставляются Федеральным фондом получателям указанных средств, 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.

Изменение части 6.5 статьи 26

старая редакция

6.5. **Территориальные фонды** ведут отдельный учет по направлениям расходования средств нормированного страхового запаса.

новая редакция

6.5. **Федеральный фонд и территориальные фонды** ведут отдельный учет по направлениям расходования средств нормированного страхового запаса.

Изменение части 6.6 статьи 26

старая редакция

6.6. Средства нормированного страхового запаса территориального фонда на цели, указанные в пункте

новая редакция

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 первичную медико-санитарную помощь в соответствии с территориальными программами** 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.

4 части 6 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 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.

Изменение части 2 статьи 30

старая редакция

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 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

новая редакция

2. Тарифы на оплату медицинской помощи, **за исключением тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в соответствии с пунктом 11 статьи 5 настоящего 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

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 **Федеральным фондом**.

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 **уполномоченным федеральным органом исполнительной власти**.

Дополнение статьи 30 частью 2.2. См. текст новой редакции

2.2. Лица, виновные в нарушении требований части 2.1 настоящей статьи, несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Часть 3 статьи 30 - изложена в новой редакции

старая редакция

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, а также в случаях, установленных настоящим Федеральным законом, - в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

новая редакция

3. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации, устанавливаемые в соответствии с частью 2 настоящей статьи, являются едиными для всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории субъекта Российской Федерации, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Дополнение статьи 30 частью 3.1. См. текст новой редакции

3.1. 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.

Изменение части 1 статьи 31

старая редакция

1. Расходы, осуществленные в соответствии с настоящим

новая редакция

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 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.

Федеральным законом страховой медицинской организацией, **Федеральным фондом**, 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 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.

Изменение части 2 статьи 31

старая редакция

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.

новая редакция

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

Изменение части 3 статьи 31

старая редакция

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.

новая редакция

3. Размер расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью определяется страховой медицинской организацией, **Федеральным фондом** на основании реестров счетов и счетов медицинской организации.

Изменение части 4 статьи 31

старая редакция

4. Страховая медицинская организация в дополнение к

новая редакция

4. Страховая медицинская организация, **Федеральный фонд** в

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.

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.

Изменение части 5 статьи 31

старая редакция

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.

новая редакция

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, **Федерального фонда** предъявляется в порядке гражданского судопроизводства.

Изменение пункта 8 части 8 статьи 33

старая редакция

8) определяет общие принципы построения и функционирования информационных систем и **порядка** информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования;

новая редакция

8) определяет общие принципы построения и функционирования информационных систем и **порядок** информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования;

Пункт 10 части 8 статьи 33 - **изложен в новой редакции**

старая редакция

10) ведет единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

новая редакция

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

Пункт 11 части 8 статьи 33 - **изложен в новой редакции**

старая редакция

11) ведет единый реестр

новая редакция

11) ведет единый реестр

экспертов качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

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;

Изменение пункта 9 части 7 статьи 34

старая редакция

новая редакция

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;

Дополнение части 7 статьи 34 пунктом 13.1. См. текст новой редакции

13.1) получает от Федерального фонда данные персонифицированного учета сведений об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, предусмотренной пунктом 11 статьи 5 настоящего Федерального закона;

Дополнение статьи 35 частями 3.1 - 3.2. См. текст новой редакции

3.1. В базовой программе обязательного медицинского страхования отдельно устанавливаются нормы объёмов 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, нормы финансовых затрат на единицу объёма предоставления указанной медицинской помощи, а также перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых указанными медицинскими организациями оказывается медицинская помощь.

3.2. Объёмы предоставления медицинской помощи, указанной в части 3.1 настоящей статьи, распределяются и перераспределяются между медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, с учетом мощностей таких организаций и объёмов оказываемой медицинской помощи за счет иных источников финансирования. Порядок распределения и перераспределения указанных объёмов устанавливается Правительством Российской Федерации.

Изменение части 10 статьи 36

старая редакция

новая редакция

10. **Объёмы предоставления**

10. **Объёмы предоставления и**

медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением комиссии, указанной в части 9 настоящей статьи, между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также 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.

финансового обеспечения медицинской помощи, установленные в соответствии с 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 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.

Статья 37 - изложена в новой редакции

[старая редакция](#)

[новая редакция](#)

Статья 37. Договоры в сфере обязательного медицинского страхования

Статья 37. Договоры в сфере обязательного медицинского страхования

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

Право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию реализуется на основании заключенных в его пользу в соответствии с настоящим Федеральным законом договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому

страхованию.

страхованию и (или) договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Пункт 6 части 2 статьи 38 – изложен в новой редакции

старая редакция

6) заключение с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

новая редакция

6) 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;

Изменение пункта 10 части 2 статьи 38

старая редакция

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

новая редакция

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;

Изменение части 18 статьи 38

старая редакция

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 одного процента и не более двух процентов** от суммы средств, поступивших в страховую

новая редакция

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 0,8 процента и не более 1,1 процента** 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.

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.

Изменение части 1 статьи 39

старая редакция

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

новая редакция

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

Часть 2 статьи 39 - изложена в новой редакции

старая редакция

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

новая редакция

2. 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

медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

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;

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.

Дополнение статьи 39 частью 2.1. См. текст новой редакции

2.1. 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.

Дополнение статьи 39 частью 4.1. См. текст новой редакции

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

Часть 6 статьи 39 - изложена в новой редакции

старая редакция

6. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, осуществляется по

новая редакция

6. 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 частью 2 статьи 30 настоящего Федерального закона, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий

тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования.

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.

Дополнение главы 8 статьей 39.1. См. текст [новой редакции](#)

В связи с большим объемом введенной структурной единицы в данном обзоре ее текст не приводится.

Часть 1 статьи 40 - [изложена в новой редакции](#)

[старая редакция](#)

1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, проводится в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом.

[новая редакция](#)

1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены программами 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, проводится в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, устанавливающим в том числе формы его проведения, его продолжительность, периодичность, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Часть 3 статьи 40 - [изложена в новой редакции](#)

[старая редакция](#)

3. Медико-экономический контроль - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате

[новая редакция](#)

3. Медико-экономический контроль - установление соответствия сведений об объемах и стоимости оказанной застрахованным лицам медицинской помощи на основании представленных к оплате

медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию или договоров на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, программам обязательного медицинского страхования, объемам предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

Изменение части 7 статьи 40

старая редакция

7. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, **включенным в территориальный 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 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 территориальные реестры** экспертов качества медицинской помощи.

новая редакция

7. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, **включенным в единый 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 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 единый реестр** экспертов качества медицинской помощи.

Изменение части 7.1 статьи 40

старая редакция

7.1. **Территориальный реестр** экспертов качества медицинской

новая редакция

7.1. **Единый реестр** экспертов качества медицинской помощи

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 территориального реестра экспертов качества медицинской помощи. **Порядок ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом, в том числе размещение указанного реестра на официальном сайте территориального фонда в сети "Интернет", устанавливается Федеральным фондом.**

содержит сведения об экспертах качества медицинской помощи, в том числе фамилию, имя, отчество, специальность, стаж работы по специальности, и иные сведения, предусмотренные порядком ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи. **Порядок ведения единого реестра экспертов качества медицинской помощи устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.**

Изменение части 9 статьи 40

старая редакция

9. Результаты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи оформляются соответствующими **актами** по формам, установленным Федеральным фондом.

новая редакция

9. Результаты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи оформляются соответствующими **заключениями** по формам, установленным Федеральным фондом.

Изменение части 11 статьи 40

старая редакция

11. Территориальный фонд в порядке, установленном **Федеральным фондом**, 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

новая редакция

11. Территориальный фонд в порядке, установленном **уполномоченным федеральным органом исполнительной власти**, 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

экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи в случае, если медицинская помощь оказана застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования. Эксперты территориального фонда должны соответствовать требованиям, установленным частями 5 и 7 настоящей статьи.

проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи в случае, если медицинская помощь оказана застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования. Эксперты территориального фонда должны соответствовать требованиям, установленным частями 5 и 7 настоящей статьи.

Изменение части 12 статьи 40

старая редакция

12. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи **территориальный фонд и (или) страховая медицинская организация в порядке, установленном Федеральным фондом,** информируют застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

новая редакция

12. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи **Федеральный фонд, территориальный фонд и (или) страховая медицинская организация в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти,** информируют застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Изменение части 1 статьи 41

старая редакция

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

новая редакция

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, **Федеральный фонд** в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, **договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках**

медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

базовой программы обязательного медицинского страхования, 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.

Изменение части 2 статьи 41

старая редакция

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, 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.

новая редакция

2. **Взаимные обязательства медицинских организаций, страховых медицинских организаций и Федерального фонда**, следствием которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, предусматриваются заключенным между ними договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, **договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования** 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.

Изменение наименования статьи 42

старая редакция

новая редакция

Статья 42. Обжалование заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

Статья 42. Обжалование заключений страховой медицинской организации **и Федерального фонда, заключений и решений территориального фонда** по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

Изменение части 1 статьи 42

старая редакция

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-экономического контроля**, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи путем направления претензии в территориальный фонд.

новая редакция

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.

Изменение части 3 статьи 42

старая редакция

3. Территориальный фонд в течение 30 рабочих дней со дня поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации материалы и организует проведение повторных **медико-экономического контроля**, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

новая редакция

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.

Изменение части 4 статьи 42

старая редакция

4. Повторные **медико-экономический контроль**, медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи проводятся экспертами, назначенными территориальным фондом, и оформляются решением территориального фонда.

новая редакция

4. Повторные медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи проводятся экспертами, назначенными территориальным фондом, и оформляются решением территориального фонда.

Часть 5 статьи 42 - **изложена в новой редакции**

старая редакция

5. При несогласии медицинской организации с решением территориального фонда она вправе обжаловать это решение в судебном порядке.

новая редакция

5. При несогласии медицинской организации с заключением Федерального фонда или с решением или заключением территориального фонда она вправе обжаловать это заключение или решение в судебном порядке.

Дополнение статьей 44.1. См. текст новой редакции

В связи с большим объемом введенной структурной единицы в данном обзоре ее текст не приводится.

Изменение наименование статьи 47

старая редакция

Статья 47. Взаимодействие медицинской организации с территориальным фондом и страховой медицинской организацией при ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам

новая редакция

Статья 47. Взаимодействие медицинской организации с **Федеральным фондом**, территориальным фондом и страховой медицинской организацией при ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам

Изменение части 1 статьи 47

старая редакция

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 федеральным органом исполнительной власти.

новая редакция

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

Изменение части 2 статьи 47

старая редакция

2. Данные персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предоставляются медицинскими организациями в страховые медицинские организации

новая редакция

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.

и Федеральный фонд в объеме и сроки, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию **или договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.**

Изменение части 3 статьи 47

старая редакция

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.

новая редакция

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 Федеральный фонд или** территориальный фонд для ведения персонифицированного учета.

Изменение части 4 статьи 47

старая редакция

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.

новая редакция

4. Медицинские организации, страховые медицинские организации, **Федеральный фонд** 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.

Дополнение статьи 47 частью 7. См. текст новой редакции

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.

Изменение части 27 статьи 51

старая редакция

27. В 2020 – **2022** 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 территориального фонда на цели, указанные в пункте 4 части 6 статьи 26 настоящего Федерального закона.

новая редакция

27. 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 в установленном Правительством Российской Федерации порядке предоставляются межбюджетные трансферты для формирования нормированного страхового запаса территориального фонда на цели, указанные в пункте 4 части 6 статьи 26 настоящего Федерального закона.

Изменение части 28 статьи 51

старая редакция

28. В 2020 – **2022** 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.

новая редакция

28. 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 настоящей части денежных выплат и их размер, устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Редакция от 08.12.2020

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральными законами от 08.12.2020 N 429-ФЗ, N 430-ФЗ, вступающих в силу с 08.12.2020. См. справку к редакции.

Дополнение статьи 2 частью 2.1. См. текст новой редакции

2.1. Решения межгосударственных органов, принятые на основании положений международных договоров Российской Федерации в их истолковании, противоречащем Конституции Российской Федерации, не подлежат исполнению в Российской Федерации. Такое противоречие может быть установлено в порядке, определенном федеральным конституционным законом.

Дополнение статьи 15 частью 2.2. См. текст новой редакции

2.2. 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 устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Медицинская организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти, подавшая такую заявку, включается Федеральным фондом в единый реестр медицинских организаций.

Редакция от 24.04.2020

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным законом от 24.04.2020 N 147-ФЗ. См. справку к редакции.

Пункт 3 части 1 статьи 7 - изложен в новой редакции

старая редакция

3) осуществляет в установленном им порядке контроль и надзор за полнотой и качеством осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий с правом проведения проверок и выдачи обязательных для исполнения предписаний:

а) об устранении выявленных нарушений;

б) о привлечении к установленной законодательством Российской Федерации ответственности должностных лиц органов государственной власти субъектов Российской Федерации и территориальных фондов;

новая редакция

3) осуществляет контроль за эффективностью и качеством осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий с правом направления обязательных для исполнения предписаний об устранении выявленных нарушений, а также о привлечении к дисциплинарной ответственности должностных лиц органов государственной власти субъектов Российской Федерации и территориальных фондов за неисполнение или ненадлежащее исполнение переданных полномочий. Порядок осуществления контроля за эффективностью и качеством осуществления переданных

должностным лицом субъекта Российской Федерации (руководителем высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации). Указанные средства предоставляются медицинским организациям на основании соглашения, типовая форма и порядок заключения которого утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Дополнение статьи 35 частью 8.1. См. текст [новой редакции](#)

8.1. В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, Правительство Российской Федерации вправе установить особенности реализации базовой программы обязательного медицинского страхования.

Редакция от 28.01.2020

[Редакция](#) подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным [законом](#) от 28.01.2020 N 3-ФЗ. См. справку к редакции.

Пункт 5 части 4 статьи 28 - [исключен](#). См. текст [старой редакции](#)

Редакция от 02.12.2019

[Редакция](#) подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным [законом](#) от 02.12.2019 N 399-ФЗ. См. справку к редакции.

Изменение части 6.4 статьи 26

[старая редакция](#)

6.4. Общий размер средств нормированного страхового запаса территориального фонда и цели их использования устанавливаются законом о бюджете территориального фонда в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом. Размер средств нормированного страхового запаса территориального фонда **(без учета средств, указанных в пунктах 2 и 3 части 6 настоящей статьи)** не должен превышать среднемесячный размер

[новая редакция](#)

6.4. Общий размер средств нормированного страхового запаса территориального фонда и цели их использования устанавливаются законом о бюджете территориального фонда в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом. Размер средств нормированного страхового запаса территориального фонда, **указанных в пункте 1 части 6 настоящей статьи**, не должен превышать среднемесячный размер планируемых поступлений средств

планируемых поступлений средств территориального фонда на очередной год.

Пункт 2 части 1 статьи 50.1 - исключен. См. текст [старой редакции](#)

Часть 3 статьи 50.1 - исключена. См. текст [старой редакции](#)

Часть 7 статьи 50.1 - исключена. См. текст [старой редакции](#)

Изменение части 12 статьи 50.1

[старая редакция](#)

12. Контроль за использованием средств на цели, предусмотренные пунктом 1 части 1 настоящей статьи, осуществляется Федеральным фондом и федеральными органами исполнительной власти, осуществляющими функции и полномочия учредителя в отношении федеральных государственных учреждений. **Контроль за использованием средств на цели, предусмотренные пунктом 2 части 1 настоящей статьи, осуществляется Федеральным фондом, территориальными фондами и исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющими функции и полномочия учредителя в отношении государственных учреждений субъектов Российской Федерации.**

[новая редакция](#)

12. Контроль за использованием средств на цели, предусмотренные пунктом 1 части 1 настоящей статьи, осуществляется Федеральным фондом и федеральными органами исполнительной власти, осуществляющими функции и полномочия учредителя в отношении федеральных государственных учреждений.

Дополнение статьи 51 частями 27 - 28. См. текст [новой редакции](#)

27. В 2020 - 2022 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 территориального фонда на цели, указанные в пункте 4 части 6 статьи 26 настоящего Федерального закона.

28. В 2020 - 2022 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.

* * *

Редакция от 26.07.2019

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным законом от 26.07.2019 N 204-ФЗ. См. справку к редакции.

Дополнение статьи 51 частями 8.2 - 8.3. См. текст новой редакции

8.2. Объем субвенции из бюджета Федерального фонда, предоставляемой в 2019 году бюджету территориального фонда города Байконура, определяется в соответствии с установленными Правительством Российской Федерации порядком и условиями распределения и предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов исходя из численности застрахованных лиц в городе Байконуре на 1 января 2019 года.

8.3. Годовой объем бюджетных ассигнований, предусмотренных в 2019 году в бюджете города Байконура на обязательное медицинское страхование неработающего населения, определяется исходя из численности неработающих застрахованных лиц на 1 января 2019 года в городе Байконуре и тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в городе Байконуре.

* * *

Редакция от 06.02.2019

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным законом от 06.02.2019 N 6-ФЗ. См. справку к редакции.

Пункт 2 части 1 статьи 10 - изложен в новой редакции

старая редакция

2) самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие, физические лица, применяющие специальный налоговый режим "Налог на профессиональный доход");

новая редакция

2) самостоятельно обеспечивающие себя работой: индивидуальные предприниматели, адвокаты, медиаторы, нотариусы, занимающиеся частной практикой, арбитражные управляющие, оценщики, патентные поверенные, физические лица, применяющие специальный налоговый режим "Налог на профессиональный доход", физические лица, поставленные на учет налоговыми органами в соответствии с пунктом 7.3 статьи 83 Налогового кодекса Российской Федерации, и иные лица, занимающиеся в установленном

законодательством Российской Федерации
порядке частной практикой;

Пункт 2 части 1 статьи 11 - изложен в новой редакции

старая редакция

2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие, физические лица, применяющие специальный налоговый режим "Налог на профессиональный доход".

новая редакция

2) индивидуальные предприниматели, адвокаты, медиаторы, нотариусы, занимающиеся частной практикой, арбитражные управляющие, оценщики, патентные поверенные, физические лица, применяющие специальный налоговый режим "Налог на профессиональный доход", и иные лица, занимающиеся в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной практикой.

Дополнение статьи 51 частями 25 - 26. См. текст новой редакции

25. В 2020 и 2021 годах за счет предоставляемых из федерального бюджета бюджету Федерального фонда межбюджетных трансфертов компенсируются выпадающие доходы бюджета Федерального фонда в связи с тем, что суммы выплат (вознаграждений), указанные в пункте 70 статьи 217 Налогового кодекса Российской Федерации, не подлежат обложению страховыми взносами в 2018 и 2019 годах. Объем указанных межбюджетных трансфертов определяется как произведение численности лиц, поставленных на учет налоговыми органами в соответствии с пунктом 7.3 статьи 83 Налогового кодекса Российской Федерации по состоянию на 1 января года, предшествующего очередному, и фиксированного размера страхового взноса, установленного подпунктом 2 пункта 1 статьи 430 Налогового кодекса Российской Федерации, на очередной финансовый год.

26. Для целей расчета объема указанных в части 25 настоящей статьи межбюджетных трансфертов Федеральный фонд ежегодно в срок до 15 мая направляет в Министерство финансов Российской Федерации информацию о численности лиц, поставленных на учет налоговыми органами в соответствии с пунктом 7.3 статьи 83 Налогового кодекса Российской Федерации по состоянию на 1 января года, предшествующего очередному, информация о которых в соответствии с частью 2 статьи 49 настоящего Федерального закона предоставлена налоговыми органами в составе сведений о работающих застрахованных лицах.

Редакция от 28.11.2018

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральными законами от 27.11.2018 N 425-ФЗ, от 28.11.2018 N 437-ФЗ. См. справку к редакции.

Изменение подпункта 2 пункта 1 статьи 10

старая редакция

2) самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие);

новая редакция

2) самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие, **физические лица, применяющие специальный налоговый режим "Налог на профессиональный доход"**);

Изменение подпункта 2 пункта 1 статьи 11

старая редакция

2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие.

новая редакция

2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие, **физические лица, применяющие специальный налоговый режим "Налог на профессиональный доход"**.

Дополнение части 2 статьи 20 пунктом 7.2. См. текст новой редакции

7.2) использовать средства нормированного страхового запаса территориального фонда для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала в порядке, предусмотренном частью 6.6 статьи 26 настоящего Федерального закона;

Дополнение части 6 статьи 26 пунктом 4. См. текст новой редакции

4) для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала.

Дополнение статьи 26 частью 6.6. См. текст новой редакции

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 первичную медико-санитарную помощь в соответствии с территориальными программами 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.

Изменение части 2 статьи 30

старая редакция

2. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением 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 настоящего Федерального закона. Требования к структуре и содержанию указанного тарифного соглашения устанавливаются Федеральным фондом.

новая редакция

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 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 Федеральным фондом.

Дополнение статьи 30 частью 2.1. См. текст новой редакции

2.1. Тарифное соглашение в пятидневный срок после дня его заключения направляется председателем комиссии, указанной в части 9 статьи 36 настоящего Федерального закона, в Федеральный фонд для подготовки заключения о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования. Порядок и сроки рассмотрения тарифного соглашения, подготовки заключения Федеральным фондом и его типовая форма устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В случае, если в заключении Федерального фонда сделан вывод о несоответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования, представители сторон тарифного соглашения, указанных в части 2 настоящей статьи, обеспечивают внесение соответствующих изменений в тарифное соглашение, а председатель комиссии повторно направляет его в Федеральный фонд в установленный им срок.

Дополнение статьи 51 частью 24. См. текст новой редакции

24. Положения пункта 7.2 части 2 статьи 20, пункта 4 части 6 и части 6.6 статьи 26 настоящего Федерального закона применяются до 1 января 2025 года.

* * *

Редакция от 29.07.2018

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным законом от 29.07.2018 N 268-ФЗ. См. справку к редакции.

Изменение абзаца первого статьи 10

старая редакция

Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации"), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах":

новая редакция

1. Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации"), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах":

Дополнение статьи 10 частью 2. См. текст новой редакции

2. Порядок и методика определения численности застрахованных лиц, в том числе неработающих, в целях формирования бюджета Федерального фонда, бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Часть 2 статьи 23 - изложена в новой редакции

старая редакция

2. Годовой объем бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом субъекта Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения, не может быть меньше произведения численности неработающих застрахованных лиц на 1 апреля года, предшествующего очередному, в субъекте Российской Федерации и тарифа страхового взноса на обязательное медицинское

новая редакция

2. Годовой объем бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом субъекта Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения, не может быть меньше произведения численности неработающих застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на 1 января года, предшествующего очередному, и тарифа страхового взноса на обязательное медицинское

страхование населения, установленного федеральным законом. Численность неработающих застрахованных лиц определяется на основе данных персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.

страхование населения, установленного федеральным законом.

Дополнение части 7 статьи 34 пунктом 12.1. См. текст новой редакции

12.1) вправе проводить проверку достоверности сведений о застрахованных лицах, предоставленных страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, на основе информации, получаемой в рамках информационного взаимодействия, предусмотренного статьей 49 настоящего Федерального закона, в том числе путем направления запросов в органы, осуществляющие выдачу и замену документов, удостоверяющих личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации;

Часть 4 статьи 43 - исключена. См. текст старой редакции

Изменение части 6 статьи 44

старая редакция

6. Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи относятся к информации ограниченного доступа и подлежат защите в соответствии с законодательством Российской Федерации.

новая редакция

6. Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, **а также сведения, касающиеся застрахованного лица и указанные в частях 6 и 8 статьи 49 и части 3 статьи 49.1 настоящего Федерального закона**, относятся к информации ограниченного доступа и подлежат защите в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 49 - изложена в новой редакции

см. текст

старая редакция

новая редакция

В связи с большим объемом измененной структурной единицы в данном обзоре ее текст не приводится.

Дополнение главы 10 статьей 49.1. См. текст новой редакции

В связи с большим объемом введенной структурной единицы в данном обзоре ее текст не приводится.

* * *

Редакция от 27.06.2018

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным законом от 27.06.2018 N 164-ФЗ. См. справку к редакции.

Пункт 4 статьи 10 - изложен в новой редакции

старая редакция

4) являющиеся членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, проживающие в районах Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования;

новая редакция

4) являющиеся членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, проживающие в местах их традиционного проживания и традиционной хозяйственной деятельности и осуществляющие традиционную хозяйственную деятельность;

Редакция от 28.12.2016 (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017)

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным законом от 28.12.2016 N 493-ФЗ. См. справку к редакции.

Изменение части 1 статьи 31

старая редакция

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

новая редакция

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 тяжелого несчастного случая на производстве (далее - медицинская помощь застрахованному лицу непосредственно**

произшедшего несчастного (случая на производстве) тяжелого несчастного случая на производстве) подлежат возмещению лицом, причинившим вред здоровью застрахованного лица.

Изменение наименования статьи 32

старая редакция

Статья 32. Оплата расходов на **лечение застрахованного лица** непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве

новая редакция

Статья 32. Оплата расходов на **медицинскую помощь застрахованному лицу** непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве

Изменение части 1 статьи 32

старая редакция

1. Оплата расходов на **лечение застрахованного лица** непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 года N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" Фондом социального страхования Российской Федерации за счет средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

новая редакция

1. Оплата расходов на **медицинскую помощь застрахованному лицу** непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 года N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" Фондом социального страхования Российской Федерации за счет средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Изменение части 2 статьи 32

старая редакция

2. Сведения о принятом решении об оплате расходов на **лечение застрахованного лица** непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве направляются не позднее 10 дней со дня принятия решения исполнительными органами Фонда социального страхования Российской Федерации

новая редакция

2. Сведения о принятом решении об оплате расходов на **медицинскую помощь застрахованному лицу** непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве направляются не позднее 10 дней со дня принятия решения исполнительными органами Фонда социального страхования Российской Федерации

Федерации территориальным фондам в порядке, установленном Фондом социального страхования Российской Федерации по согласованию с Федеральным фондом.

Российской Федерации территориальным фондам в порядке, установленном Фондом социального страхования Российской Федерации по согласованию с Федеральным фондом.

Редакция от 28.12.2016

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральными законами от 03.07.2016 N 250-ФЗ, N 286-ФЗ, от 28.12.2016 N 471-ФЗ, N 472-ФЗ, N 473-ФЗ. См. справку к редакции.

Часть 1 статьи 17 - изложена в новой редакции

старая редакция

1. Страхователь имеет право получать информацию от Федерального фонда и территориальных фондов, связанную с регистрацией страхователей и уплатой им страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

новая редакция

1. Страхователь имеет право получать информацию, связанную с регистрацией страхователей и уплатой им страховых взносов на обязательное медицинское страхование, от налоговых органов, Федерального фонда и территориальных фондов в соответствии с их компетенцией.

Изменение пункта 1 части 2 статьи 17

старая редакция

1) регистрироваться и сниматься с регистрационного учета в целях обязательного медицинского страхования;

новая редакция

1) регистрироваться и сниматься с регистрационного учета в целях обязательного медицинского страхования **в соответствии с законодательством Российской Федерации;**

Изменение пункта 2 части 2 статьи 17

старая редакция

2) своевременно и в полном объеме осуществлять уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

новая редакция

2) своевременно и в полном объеме осуществлять уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование **в соответствии с законодательством Российской Федерации.**

Часть 4 статьи 17 - изложена в новой редакции

старая редакция

новая редакция

4. Регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей, указанных в части 1 статьи 11 настоящего Федерального закона, осуществляются в территориальных органах Пенсионного фонда Российской Федерации. Контроль за регистрацией и снятием с регистрационного учета указанных страхователей осуществляют территориальные органы Пенсионного фонда Российской Федерации, которые представляют соответствующие данные в территориальные фонды в порядке, определяемом соглашением об информационном обмене между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом.

4. Лица, указанные в части 1 статьи 11 настоящего Федерального закона, признаются страхователями с момента их постановки на учет в налоговых органах в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах. Информация о постановке таких лиц на учет в налоговых органах передается в территориальные фонды в порядке, установленном соглашением об информационном обмене между органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, и Федеральным фондом.

Изменение части 6 статьи 17

старая редакция

6. Регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей осуществляются на основании документов, представленных ими на бумажном или электронном носителе.

новая редакция

6. Регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей **для неработающих граждан** осуществляются на основании документов, представленных ими на бумажном или электронном носителе.

Изменение части 7 статьи 17

старая редакция

7. Особенности постановки на учет отдельных категорий страхователей и уплаты ими страховых взносов на обязательное медицинское страхование устанавливаются Правительством Российской Федерации.

новая редакция

7. Особенности постановки на учет отдельных категорий страхователей **для неработающих граждан** и уплаты ими страховых взносов на обязательное медицинское страхование устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Часть 1 статьи 22 - изложена в новой редакции

старая редакция

1. Обязанность по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование

новая редакция

1. Обязанность по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование

работающего населения и отношения, возникающие в процессе осуществления контроля за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) указанных страховых взносов и привлечения к ответственности за нарушение порядка их уплаты, устанавливаются Федеральным законом от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования".

работающего населения и отношения, возникающие в процессе осуществления контроля за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) указанных страховых взносов и привлечения к ответственности за нарушение порядка их уплаты, устанавливаются законодательством Российской Федерации о налогах и сборах.

Часть 2 статьи 22 - изложена в новой редакции

старая редакция

2. Территориальные органы Пенсионного фонда Российской Федерации представляют сведения об уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения в территориальные фонды в порядке, определяемом соглашением об информационном обмене между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом.

новая редакция

2. Налоговые органы представляют сведения об уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения в территориальные фонды в порядке, установленном соглашением об информационном обмене, утверждаемым федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, и Федеральным фондом.

Изменение части 6 статьи 24

старая редакция

6. Ежемесячный обязательный платеж подлежит уплате в срок не позднее **20-го** числа текущего календарного месяца. Если указанный срок уплаты ежемесячного обязательного платежа приходится на день, признаваемый в соответствии с законодательством Российской Федерации выходным и (или) нерабочим праздничным днем, днем окончания срока уплаты ежемесячного обязательного платежа считается следующий за ним рабочий день.

новая редакция

6. Ежемесячный обязательный платеж подлежит уплате в срок не позднее **28-го** числа текущего календарного месяца. Если указанный срок уплаты ежемесячного обязательного платежа приходится на день, признаваемый в соответствии с законодательством Российской Федерации выходным и (или) нерабочим праздничным днем, днем окончания срока уплаты ежемесячного обязательного платежа считается следующий за ним рабочий день.

Часть 13 статьи 25 - изложена в новой редакции

старая редакция

13. Взыскание недоимки, пеней и штрафов со страхователей осуществляется в порядке, аналогичном порядку, предусмотренному статьей 18 Федерального закона от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования".

новая редакция

13. Взыскание недоимки, пеней и штрафов со страхователей осуществляется в судебном порядке.

Абзац первый части 1 статьи 26 - изложен в новой редакции

старая редакция

1. Доходы бюджета Федерального фонда формируются в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации, законодательством Российской Федерации о страховых взносах, законодательством Российской Федерации о налогах и сборах и законодательством Российской Федерации об иных обязательных платежах. К доходам бюджета Федерального фонда относятся:

новая редакция

1. Доходы бюджета Федерального фонда формируются в соответствии с законодательством Российской Федерации. К доходам бюджета Федерального фонда относятся:

Изменение части 6.2 статьи 26

старая редакция

6.2. Нормированный страховой запас территориального фонда в части средств, направляемых на финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, формируется за счет средств от применения в соответствии со статьей 41 настоящего Федерального закона санкций к медицинским организациям

новая редакция

6.2. Нормированный страховой запас территориального фонда в части средств, направляемых на финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, формируется за счет средств от применения в соответствии со статьей 41 настоящего Федерального закона

за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, **и в объеме, определяемом в соответствии с частью 6.3 настоящей статьи.**

Изменение части 3 статьи 27

старая редакция

3. Субвенции предоставляются при условии соответствия объема бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения, утвержденного законом о бюджете субъекта Российской Федерации, размеру страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанному в соответствии со статьей 23 настоящего Федерального закона, и при условии перечисления в бюджет Федерального фонда ежемесячно одной двенадцатой годового объема бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения, утвержденного законом о бюджете субъекта Российской Федерации, в срок не позднее **20-го числа** каждого месяца.

новая редакция

3. Субвенции предоставляются при условии соответствия объема бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения, утвержденного законом о бюджете субъекта Российской Федерации, размеру страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанному в соответствии со статьей 23 настоящего Федерального закона, и при условии перечисления в бюджет Федерального фонда ежемесячно одной двенадцатой годового объема бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения, утвержденного законом о бюджете субъекта Российской Федерации, в срок не позднее **28-го числа** каждого месяца.

Пункт 4 части 8 статьи 33 - изложен в новой редакции

старая редакция

4) вправе начислять в соответствии со статьей 25 настоящего Федерального закона и взыскивать со страхователей для неработающих граждан недоимку по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, штрафы и пени в порядке, аналогичном порядку, установленному статьей 18 Федерального закона от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской

новая редакция

4) вправе начислять в соответствии со статьей 25 настоящего Федерального закона и взыскивать в судебном порядке со страхователей для неработающих граждан недоимку по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, штрафы и пени;

Федерации, Федеральный фонд
обязательного медицинского
страхования";

Пункт 5 части 7 статьи 34 - изложен в новой редакции

старая редакция

5) начисляет в соответствии со статьей 25 настоящего Федерального закона недоимку по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, штрафы и пени и взыскивает их со страхователей для неработающих граждан в порядке, аналогичном порядку, установленному статьей 18 Федерального закона от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования";

новая редакция

5) начисляет в соответствии со статьей 25 настоящего Федерального закона недоимку по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, штрафы и пени и взыскивает их со страхователей для неработающих граждан в судебном порядке;

Изменение части 3 статьи 43

старая редакция

3. Персонифицированный учет, сбор, обработка, передача и хранение сведений осуществляются Федеральным фондом и территориальными фондами, **Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами**, страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями и страхователями для неработающих граждан в соответствии с полномочиями, предусмотренными настоящим Федеральным законом.

новая редакция

3. Персонифицированный учет, сбор, обработка, передача и хранение сведений осуществляются Федеральным фондом и территориальными фондами, **федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, его территориальными органами**, страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями и страхователями для неработающих граждан в соответствии с полномочиями, предусмотренными настоящим Федеральным законом.

Изменение части 4 статьи 43

старая редакция

4. Для целей персонифицированного учета

новая редакция

4. Для целей персонифицированного учета

Федеральный фонд и территориальные фонды осуществляют информационное взаимодействие со страхователями для неработающих граждан, с **Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами,** медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями и иными организациями в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Федеральный фонд и территориальные фонды осуществляют информационное взаимодействие со страхователями для неработающих граждан, с **федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, его территориальными органами,** медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями и иными организациями в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Часть 2 статьи 45 - изложена в новой редакции

[старая редакция](#)

2. Полис обязательного медицинского страхования обеспечивается федеральным электронным приложением, содержащимся в универсальной электронной карте, в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2010 года N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг". Единые требования к полису обязательного медицинского страхования устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования.

[новая редакция](#)

2. Единые требования к полису обязательного медицинского страхования устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования.

Наименование статьи 49 - изложено в новой редакции

[старая редакция](#)

Статья 49. Взаимодействие территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации, страхователя для неработающих граждан и территориального фонда при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах

[новая редакция](#)

Статья 49. Информационное взаимодействие при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах

Часть 1 статьи 49 - изложена в новой редакции

[старая редакция](#)

1. Территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации ежеквартально не позднее

[новая редакция](#)

1. Налоговые органы ежеквартально не позднее 15-го числа второго месяца, следующего

15-го числа второго месяца, следующего за отчетным периодом, предоставляет в соответствующий территориальный фонд сведения о работающих застрахованных лицах, указанные в пунктах 1 - 10 и 14 части 2 статьи 44 настоящего Федерального закона.

за отчетным периодом, предоставляют в соответствующие территориальные фонды сведения о работающих застрахованных лицах, указанные в пунктах 1 - 10 и 14 части 2 статьи 44 настоящего Федерального закона.

Изменение части 2 статьи 49

старая редакция

2. Страхователь для неработающих граждан ежемесячно не позднее 5-го числа каждого месяца предоставляет в соответствующий территориальный фонд сведения о неработающих застрахованных лицах, предусмотренные пунктами 1 - 10 и 14 части 2 статьи 44 настоящего Федерального закона.

новая редакция

2. Страхователь для неработающих граждан ежемесячно не позднее 5-го числа каждого месяца предоставляет в соответствующий территориальный фонд сведения о неработающих застрахованных лицах, предусмотренные пунктами 1 - 10 и 14 части 2 статьи 44 настоящего Федерального закона. **Страхователи для неработающих граждан осуществляют обмен информацией с территориальными фондами в электронном виде в порядке, установленном соглашением об информационном обмене, утверждаемым Федеральным фондом.**

Часть 3 статьи 49 - изложена в новой редакции

старая редакция

3. Территориальные органы Пенсионного фонда Российской Федерации, страхователи для неработающих граждан осуществляют обмен информацией с территориальными фондами в электронном виде в порядке, определяемом соглашениями об информационном обмене, и по форме, утверждаемой Федеральным фондом и Пенсионным фондом Российской Федерации.

новая редакция

3. Налоговые органы осуществляют обмен информацией с территориальными фондами в электронном виде в порядке, установленном соглашением об информационном обмене, утверждаемым Федеральным фондом и федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов.

Изменение части 1 статьи 50

старая редакция

1. В период 2011 - 2012 годов в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, осуществляется реализация

новая редакция

1. В период 2011 - 2012 годов в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, осуществляется реализация

региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации (далее также – программы) и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, государственных учреждений, реализующих мероприятия, предусмотренные пунктом 2 части 3 настоящей статьи (далее также – мероприятия по модернизации здравоохранения). В 2013 году осуществляется реализация программ и мероприятий по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктами 1 и 2 части 3 настоящей статьи, в 2014 – 2018 годах осуществляется реализация мероприятий по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктом 2 части 3 настоящей статьи, в части мероприятий, предусмотренных частью 12.1 настоящей статьи. **В 2013 – 2016 годах** осуществляется реализация программ в целях, установленных пунктом 1 части 3 настоящей статьи, в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров.

региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации (далее также – программы) и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, государственных учреждений, реализующих мероприятия, предусмотренные пунктом 2 части 3 настоящей статьи (далее также – мероприятия по модернизации здравоохранения). В 2013 году осуществляется реализация программ и мероприятий по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктами 1 и 2 части 3 настоящей статьи, в 2014 – 2018 годах осуществляется реализация мероприятий по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктом 2 части 3 настоящей статьи, в части мероприятий, предусмотренных частью 12.1 настоящей статьи. **В 2013 – 2017 годах** осуществляется реализация программ в целях, установленных пунктом 1 части 3 настоящей статьи, в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров.

Изменение части 2 статьи 50

старая редакция

2. Финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011 и 2012 годах осуществляется за счет доходов, поступающих в бюджет Федерального фонда от средств страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размере два процентных пункта в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского

новая редакция

2. Финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011 и 2012 годах осуществляется за счет доходов, поступающих в бюджет Федерального фонда от средств страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размере два процентных пункта в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные

страхования", средств бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов. Финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения в 2013 году в целях, установленных пунктами 1 (в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров) и 2 части 3 настоящей статьи, осуществляется за счет средств бюджета Федерального фонда, предусмотренных федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации. Финансовое обеспечение указанных в настоящей части программ может осуществляться за счет средств местных бюджетов. Финансовое обеспечение программ **в 2014 - 2016 годах** в целях, установленных пунктом 1 части 3 настоящей статьи, в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров осуществляется за счет остатков средств, образовавшихся по состоянию на 1 января очередного финансового года в бюджете Федерального фонда, бюджетах территориальных фондов, бюджетах субъектов Российской Федерации в результате неполного использования средств, предусмотренных федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период на указанные цели, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

фонды обязательного медицинского страхования", средств бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов. Финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения в 2013 году в целях, установленных пунктами 1 (в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров) и 2 части 3 настоящей статьи, осуществляется за счет средств бюджета Федерального фонда, предусмотренных федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации. Финансовое обеспечение указанных в настоящей части программ может осуществляться за счет средств местных бюджетов. Финансовое обеспечение программ **в 2014 - 2017 годах** в целях, установленных пунктом 1 части 3 настоящей статьи, в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров осуществляется за счет остатков средств, образовавшихся по состоянию на 1 января очередного финансового года в бюджете Федерального фонда, бюджетах территориальных фондов, бюджетах субъектов Российской Федерации в результате неполного использования средств, предусмотренных федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период на указанные цели, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Изменение пункта 2 части 3 статьи 50

старая редакция

2) внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, перехода на

новая редакция

2) внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, перехода на

полисы обязательного медицинского страхования единого образца, **в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты**, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде;

полисы обязательного медицинского страхования единого образца, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде;

Изменение части 9 статьи 50

[старая редакция](#)

9. Средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации предоставляются Федеральным фондом **в 2013 - 2016 годах** при наличии заключенных соглашений, предусмотренных частью 7 настоящей статьи.

[новая редакция](#)

9. Средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации предоставляются Федеральным фондом **в 2013 - 2017 годах** при наличии заключенных соглашений, предусмотренных частью 7 настоящей статьи.

Дополнение статьей 50.1. См. текст новой редакции

В связи с большим объемом введенной структурной единицы в данном обзоре ее текст не приводится.

Часть 7 статьи 50.1 - изложена в новой редакции

[старая редакция](#)

7. Софинансирование расходов субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации осуществляется в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, путем предоставления из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов субсидий на указанные цели для последующего их предоставления в виде иных межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов Российской Федерации. Данные субсидии предоставляются на основании соглашения о порядке и об условиях предоставления субсидий, заключаемого между Федеральным фондом, высшим

[новая редакция](#)

7. Софинансирование расходов субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации осуществляется в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации и уполномоченным федеральным органом исполнительной власти по форме и в порядке, которые утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Изменение части 2 статьи 51

старая редакция

2. Полисы обязательного медицинского страхования, выданные лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию до дня вступления в силу настоящего Федерального закона, являются действующими до замены их на полисы обязательного медицинского страхования единого образца в соответствии с настоящим Федеральным законом. С 1 мая 2011 года изготовление полисов обязательного медицинского страхования для застрахованных лиц, **не получающих универсальной электронной карты**, организуется Федеральным фондом, выдача их застрахованным лицам осуществляется в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования. До 1 мая 2011 года выдача полисов обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами, регулирующими выдачу полисов обязательного медицинского страхования и действующими до дня вступления в силу настоящего Федерального закона.

новая редакция

2. Полисы обязательного медицинского страхования, выданные лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию до дня вступления в силу настоящего Федерального закона, являются действующими до замены их на полисы обязательного медицинского страхования единого образца в соответствии с настоящим Федеральным законом. С 1 мая 2011 года изготовление полисов обязательного медицинского страхования для застрахованных лиц организуется Федеральным фондом, выдача их застрахованным лицам осуществляется в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования. До 1 мая 2011 года выдача полисов обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами, регулирующими выдачу полисов обязательного медицинского страхования и действующими до дня вступления в силу настоящего Федерального закона.

Часть 12.1 статьи 51 - изложена в новой редакции

старая редакция

12.1. В 2016 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 50 лет, имеющим высшее образование, прибывшим в 2016 году на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо

новая редакция

12.1. В 2017 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 50 лет, имеющим высшее образование, прибывшим в 2016 и 2017 годах на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий

поселок городского типа или переехавшим на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, в размере одного миллиона рублей на одного указанного медицинского работника. Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2016 году осуществляется за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда из бюджета Федерального фонда в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации в соотношении соответственно 60 и 40 процентов.

поселок, либо поселок городского типа или переехавшим на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, в размере одного миллиона рублей на одного указанного медицинского работника. Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2017 году осуществляется за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда из бюджета Федерального фонда в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации в соотношении соответственно 60 и 40 процентов.

Изменение пункта 2 части 12.2 статьи 51

старая редакция

2) установление обязанности уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации и территориального фонда **в срок до 15-го числа месяца, предшествующего месяцу, в котором осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в соответствии с частью 12.1 настоящей статьи, представить** в Федеральный фонд заявки на получение иных межбюджетных трансфертов, предусмотренных частью 12.1 настоящей статьи, по форме, установленной Федеральным фондом;

новая редакция

2) установление обязанности уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации и территориального фонда **ежемесячно представлять** в Федеральный фонд заявки на получение иных межбюджетных трансфертов, предусмотренных частью 12.1 настоящей статьи, по форме, установленной Федеральным фондом;

Изменение подпункта "б" пункта 3 части 12.2 статьи 51

старая редакция

б) порядок предоставления медицинскому работнику единовременной компенсационной

новая редакция

б) порядок предоставления медицинскому работнику единовременной компенсационной

выплаты в размере одного миллиона рублей в течение **30 дней** со дня заключения договора с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации;

выплаты в размере одного миллиона рублей в течение **30 рабочих дней** со дня заключения договора с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации;

Дополнение части 12.2 статьи 51 пунктом 4. См. текст [новой редакции](#)

4) установление обязанности уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации осуществлять контроль за соблюдением установленных настоящей статьей условий для осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам.

Часть 22 статьи 51 - [исключена](#). См. текст [старой редакции](#)

* * *

Редакция от 03.07.2016

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным **законом** от 03.07.2016 N 286-ФЗ. См. справку к редакции.

Изменение части 10 статьи 14

старая редакция

10. Страховая медицинская организация включается в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее также - реестр страховых медицинских организаций), на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором страховая медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Порядок ведения, форма и перечень сведений реестра страховых медицинских организаций устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования.

новая редакция

10. Страховая медицинская организация включается в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее также - реестр страховых медицинских организаций), на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором страховая медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Порядок ведения, форма и перечень сведений реестра страховых медицинских организаций устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования. **Страховая медицинская организация исключается из реестра страховых медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ей территориальным**

фондом, не позднее следующего рабочего дня после дня расторжения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

Часть 3 статьи 16 - изложена в новой редакции

старая редакция

3. Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме и до достижения им совершеннолетия обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

новая редакция

3. Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

Часть 4 статьи 16 - изложена в новой редакции

старая редакция

4. Выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями), путем подачи заявления в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом на его официальном сайте в сети "Интернет" и может дополнительно

новая редакция

4. Выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме - его родителями или другими законными представителями), путем подачи заявления в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом на его официальном сайте в сети "Интернет" и может дополнительно опубликовываться иными способами.

опубликовываться иными способами.

Дополнение части 8 статьи 33 пунктом 20. См. текст [новой редакции](#)

20) осуществляет иные полномочия в соответствии с настоящим Федеральным законом.

**Редакция от 30.12.2015
(с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016)**

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным **законом** от 14.12.2015 N 374-ФЗ, вступающих в силу с 01.01.2016. См. справку к редакции.

Изменение части 13 статьи 36

[старая редакция](#)

13. Реализация территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляется **с соблюдением** условий соглашения о реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования, заключенного в соответствии с частью 6 статьи 81 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

[новая редакция](#)

13. Реализация территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляется **в том числе с учетом** условий соглашения о реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования, заключенного в соответствии с частью 6 статьи 81 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". **Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования обеспечивает внесение изменений в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе в соответствии с указанным в настоящей части соглашением.**

Дополнение части 2 статьи 44 пунктом 16. См. текст [новой редакции](#)

16) сведения о медицинском работнике, выбранном застрахованным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации для получения первичной медико-санитарной помощи.

Изменение части 7.1 статьи 51

старая редакция

7.1. В 2015 году размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе определяется как произведение численности неработающего населения **на 1 апреля 2014 года** в соответствующем субъекте Российской Федерации и тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, установленного Федеральным законом от 30 ноября 2011 года N 354-ФЗ "О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения". Численность неработающего населения **на 1 апреля 2014 года** в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе определяется как разница между общей численностью населения в соответствующем субъекте Российской Федерации и численностью занятого населения **на указанную дату** в соответствующем субъекте Российской Федерации.

новая редакция

7.1. В 2016 году размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе определяется как произведение численности неработающего населения **на 1 января 2015 года** в соответствующем субъекте Российской Федерации и тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, установленного Федеральным законом от 30 ноября 2011 года N 354-ФЗ "О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения". Численность неработающего населения **на 1 января 2015 года** в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе определяется как разница между общей численностью населения **на 1 января 2015 года** в соответствующем субъекте Российской Федерации и численностью занятого населения **на 1 апреля 2015 года** в соответствующем субъекте Российской Федерации.

Изменение части 8.1 статьи 51

старая редакция

8.1. В 2015 году объем субвенций из бюджета Федерального фонда, предоставляемых бюджетам территориальных фондов Республики Крым и города федерального значения Севастополя, определяется в соответствии с установленными Правительством Российской Федерации порядком и условиями распределения и предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов исходя из численности

новая редакция

8.1. В 2016 году объем субвенций из бюджета Федерального фонда, предоставляемых бюджетам территориальных фондов Республики Крым и города федерального значения Севастополя, определяется в соответствии с установленными Правительством Российской Федерации порядком и условиями распределения и предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов исходя из численности

застрахованных лиц, принимаемой равной общей численности населения **на 1 апреля 2014 года** в соответствующем субъекте Российской Федерации, и коэффициента дифференциации в размере, равном 1,0.

застрахованных лиц, принимаемой равной общей численности населения **на 1 января 2015 года** в соответствующем субъекте Российской Федерации, и коэффициента дифференциации в размере, равном 1,0.

Часть 12.1 статьи 51 - изложена в новой редакции

старая редакция

12.1. В 2012 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011 - 2012 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт или переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, предусмотренный пунктом 3 части 12.2 настоящей статьи (далее - договор). В целях осуществления единовременных компенсационных выплат в 2012 году из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов предоставляются иные межбюджетные трансферты из расчета один миллион рублей на одного указанного медицинского работника. В 2013 - 2014 годах осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2013 - 2014 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, в размере одного миллиона рублей на

новая редакция

12.1. В 2016 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 50 лет, имеющим высшее образование, прибывшим в 2016 году на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа или переехавшим на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, в размере одного миллиона рублей на одного указанного медицинского работника. Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2016 году осуществляется за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда из бюджета Федерального фонда в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации в соотношении соответственно 60 и 40 процентов.

одного указанного медицинского работника. Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2013 - 2014 годах осуществляется в равных долях за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда из бюджета Федерального фонда в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации. В 2015 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 45 лет, имеющим высшее образование, прибывшим в 2015 году на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, в размере одного миллиона рублей на одного указанного медицинского работника. Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2015 году осуществляется за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда из бюджета Федерального фонда в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации в равных долях.

Изменение пункта 1 части 12.2 статьи 51

старая редакция

1) предоставление медицинским работникам (в том числе указанным в части 12.1 настоящей статьи), имеющим высшее медицинское образование или среднее медицинское образование, работающим в сельском населенном

новая редакция

1) предоставление медицинским работникам (в том числе указанным в части 12.1 настоящей статьи), имеющим высшее медицинское образование или среднее медицинское образование, работающим в сельском населенном

пункте **либо рабочем поселке** и (или) переехавшим на работу в сельский населенный пункт **либо рабочий поселок** из другого населенного пункта, жилого помещения, и (или) земельного участка для жилищного строительства, и (или) компенсации части процентной ставки по кредитам, предоставляемым на приобретение жилья, и (или) иных мер социальной поддержки;

пункте, **либо рабочем поселке, либо поселке городского типа** и (или) переехавшим на работу в сельский населенный пункт, **либо рабочий поселок, либо поселок городского типа** из другого населенного пункта, жилого помещения, и (или) земельного участка для жилищного строительства, и (или) компенсации части процентной ставки по кредитам, предоставляемым на приобретение жилья, и (или) иных мер социальной поддержки;

Дополнение статьи 51 частью 23. См. текст новой редакции

23. В 2016 году в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год из бюджета Федерального фонда в бюджеты территориальных фондов в установленном Правительством Российской Федерации порядке направляются иные межбюджетные трансферты на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, федеральными государственными учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Российской Федерации, Управлению делами Президента Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству и Федеральному агентству научных организаций.

Редакция от 30.12.2015

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным **законом** от 30.12.2015 N 432-ФЗ. См. справку к редакции.

Дополнение части 2 статьи 20 пунктом 7.1. См. текст новой редакции

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;

Часть 6 статьи 26 - изложена в новой редакции

старая редакция

6. В составе расходов бюджета территориального фонда формируется нормированный

новая редакция

6. В составе расходов бюджета территориального фонда формируется нормированный

страховой запас. Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда устанавливаются законом о бюджете территориального фонда в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом. Размер средств нормированного страхового запаса территориального фонда (без учета средств для осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования) не должен превышать среднемесячный размер планируемых поступлений средств территориального фонда на очередной год.

страховой запас, включающий средства:

1) для дополнительного финансового обеспечения реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования;

2) для расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования;

3) для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования.

Дополнение статьи 26 частями 6.1 - 6.5. См. текст новой редакции

В связи с большим объемом введенной структурной единицы в данном обзоре ее текст не приводится.

Подпункт "а" пункта 2 части 1 статьи 28 - изложен в новой редакции

старая редакция

новая редакция

а) средств по результатам проведения медико-экономического контроля;

а) 50 процентов средств по результатам проведения медико-экономического контроля;

Изменение подпункта "б" пункта 2 части 1 статьи 28

старая редакция

новая редакция

б) 70 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

б) 50 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

Изменение подпункта "в" пункта 2 части 1 статьи 28

старая редакция

новая редакция

в) 70 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими

в) 50 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими

организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

Изменение пункта 2 части 4 статьи 28

старая редакция

2) **30** процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

новая редакция

2) **15** процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

Изменение пункта 3 части 4 статьи 28

старая редакция

3) **30** процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

новая редакция

3) **15** процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

Изменение пункта 4 части 4 статьи 28

старая редакция

4) **50** процентов сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

новая редакция

4) **25** процентов сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

Изменение части 8 статьи 39

старая редакция

8. За неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация уплачивает штраф в порядке и размере, которые установлены указанным договором.

новая редакция

8. За неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация уплачивает штраф в порядке и размере, которые установлены указанным договором **в соответствии со статьей 41 настоящего Федерального закона.**

Изменение части 2 статьи 41

старая редакция

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, 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.

новая редакция

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, 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 в соответствии с настоящей частью, указываются в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии с частью 2 статьи 30 настоящего Федерального закона.**

Редакция от 14.12.2015

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным законом от 14.12.2015 N 374-ФЗ, вступающих в силу с 15.12.2015. См. справку к редакции.

Дополнение статьи 50 частью 11.1. См. текст новой редакции

11.1. После завершения реализации указанных в части 1 настоящей статьи программ не использованные по состоянию на 1 января текущего финансового года остатки средств, образовавшиеся в Государственной корпорации "Ростех" в результате неполного использования предоставленных в соответствии с пунктом 3 части 6 настоящей статьи субсидий из бюджетов

субъектов Российской Федерации, подлежат возврату в доход соответствующего бюджета субъекта Российской Федерации, из которого они были предоставлены, в течение первых 5 рабочих дней текущего финансового года.

Изменение части 20 статьи 51

старая редакция

20. В 2015 году в целях финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, оказываемой в федеральных государственных учреждениях, включенных в перечень, утвержденный федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, и в медицинских организациях, включенных в перечень, утвержденный уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, из бюджета Федерального фонда в федеральный бюджет предоставляются иные межбюджетные трансферты в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

новая редакция

20. В 2015 - 2016 годах в целях финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, оказываемой в федеральных государственных учреждениях, включенных в перечень, утвержденный федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, и в медицинских организациях, включенных в перечень, утвержденный уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, из бюджета Федерального фонда в федеральный бюджет предоставляются иные межбюджетные трансферты в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Редакция от 01.12.2014
(с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2015)

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным законом от 01.12.2014 N 418-ФЗ. См. справку к редакции.

Изменение части 6 статьи 14

старая редакция

6. Средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в страховую медицинскую организацию, являются средствами целевого финансирования (далее – целевые средства).

новая редакция

6. Средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в страховую медицинскую организацию, являются средствами целевого финансирования (далее – целевые средства). **Для осуществления операций с целевыми средствами страховые медицинские организации открывают отдельные банковские счета в кредитных организациях, соответствующих требованиям, которые устанавливаются Правительством Российской Федерации.**

Изменение части 2 статьи 23

старая редакция

2. Годовой объем бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом субъекта Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения, не может быть меньше произведения численности неработающих застрахованных лиц на 1 апреля года, предшествующего очередному, в субъекте Российской Федерации и тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, установленного федеральным законом.

новая редакция

2. Годовой объем бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом субъекта Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения, не может быть меньше произведения численности неработающих застрахованных лиц на 1 апреля года, предшествующего очередному, в субъекте Российской Федерации и тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, установленного федеральным законом. **Численность неработающих застрахованных лиц определяется на основе данных персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.**

Изменение части 3 статьи 26

старая редакция

3. В составе бюджета Федерального фонда формируется нормированный страховой запас. Размер и цели использования средств нормированного страхового

новая редакция

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.

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.

Изменение части 6 статьи 26

старая редакция

6. В составе бюджета территориального фонда формируется нормированный страховой запас. Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда устанавливаются законом о бюджете территориального фонда в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом. Размер средств нормированного страхового запаса территориального фонда (без учета средств для осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования) не должен превышать среднемесячный размер планируемых поступлений средств территориального фонда на очередной год.

новая редакция

6. В составе **расходов** бюджета территориального фонда формируется нормированный страховой запас. Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда устанавливаются законом о бюджете территориального фонда в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом. Размер средств нормированного страхового запаса территориального фонда (без учета средств для осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования) не должен превышать среднемесячный размер планируемых поступлений средств территориального фонда на очередной год.

Часть 1 статьи 27 - изложена в новой редакции

старая редакция

1. Субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов на осуществление переданных в соответствии с частью 1 статьи 6 настоящего Федерального закона полномочий предоставляются в объеме, установленном федеральным

новая редакция

1. Субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов на осуществление переданных в соответствии с частью 1 статьи 6 настоящего Федерального закона полномочий предоставляются в объеме, установленном федеральным

законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период. Порядок распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов устанавливается Правительством Российской Федерации.

законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период. Порядок и условия распределения и предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Изменение абзаца первого части 6 статьи 35

старая редакция

6. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением **специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи**), специализированная медицинская помощь в следующих случаях:

новая редакция

6. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением **санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами**), специализированная медицинская помощь, **в том числе высокотехнологичная медицинская помощь**, в следующих случаях:

Дополнение статьи 51 частью 7.1. См. текст новой редакции

7.1. В 2015 году размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе определяется как произведение численности неработающего населения на 1 апреля 2014 года в соответствующем субъекте Российской Федерации и тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, установленного Федеральным законом от 30 ноября 2011 года N 354-ФЗ "о размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения". Численность неработающего населения на 1 апреля 2014 года в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе определяется как разница между общей численностью населения в соответствующем субъекте Российской Федерации и численностью занятого населения на указанную дату в соответствующем субъекте Российской Федерации.

Дополнение статьи 51 частью 8.1. См. текст новой редакции

8.1. В 2015 году объем субвенций из бюджета Федерального фонда, предоставляемых бюджетам территориальных фондов Республики Крым и города федерального значения Севастополя, определяется в соответствии с установленными Правительством Российской Федерации порядком и условиями распределения и предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов исходя из численности застрахованных лиц, принимаемой равной общей численности населения на 1 апреля 2014 года в соответствующем субъекте Российской Федерации, и коэффициента дифференциации в размере, равном 1,0.

Часть 10 статьи 51 - изложена в новой редакции

старая редакция

10. В 2011 году размер бюджетных ассигнований на финансовое обеспечение реализации базовой программы обязательного медицинского страхования, установленный законом о бюджете соответствующего субъекта Российской Федерации, должен быть не менее размера суммы страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения и межбюджетных трансфертов из бюджета субъекта Российской Федерации бюджету территориальных фондов, установленного законом о бюджете соответствующего субъекта Российской Федерации на 2010 год.

новая редакция

10. В 2015 году общий объем бюджетных ассигнований, предусмотренный законом о бюджете субъекта Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения и предоставление межбюджетных трансфертов бюджету территориального фонда, не может быть меньше общего объема бюджетных ассигнований на указанные цели, предусмотренного законом о бюджете субъекта Российской Федерации в предшествующем году.

Изменение части 12 статьи 51

старая редакция

12.1. В 2012 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011 - 2012 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт или переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, предусмотренный пунктом 3 части 12.2 настоящей статьи (далее - договор). В целях осуществления единовременных компенсационных выплат в 2012 году из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов предоставляются иные межбюджетные трансферты из расчета один миллион рублей на одного указанного медицинского работника. В 2013 - 2014 годах осуществляются единовременные компенсационные выплаты

новая редакция

12.1. В 2012 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011 - 2012 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт или переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, предусмотренный пунктом 3 части 12.2 настоящей статьи (далее - договор). В целях осуществления единовременных компенсационных выплат в 2012 году из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов предоставляются иные межбюджетные трансферты из расчета один миллион рублей на одного указанного медицинского работника. В 2013 - 2014 годах осуществляются единовременные компенсационные выплаты

медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2013 - 2014 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, в размере одного миллиона рублей на одного указанного медицинского работника. Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2013 - 2014 годах осуществляется в равных долях за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда из бюджета Федерального фонда в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2013 - 2014 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, в размере одного миллиона рублей на одного указанного медицинского работника. Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2013 - 2014 годах осуществляется в равных долях за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда из бюджета Федерального фонда в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации. **В 2015 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 45 лет, имеющим высшее образование, прибывшим в 2015 году на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, в размере одного миллиона рублей на одного указанного медицинского работника. Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2015 году осуществляется за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда из бюджета Федерального фонда в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый**

период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации в равных долях.

Редакция от 01.12.2014

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным **законом** от 01.12.2014 N 418-ФЗ. См. справку к редакции.

Дополнение статьи 36 частью 13. См. текст новой редакции

13. Реализация территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляется с соблюдением условий соглашения о реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования, заключенного в соответствии с частью 6 статьи 81 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Дополнение статьи 51 частями 19 - 22. См. текст новой редакции

19. В целях осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в 2015 году медицинская организация, расположенная в Республике Крым или городе федерального значения Севастополе, направляет в территориальный фонд предусмотренное частью 2 статьи 15 настоящего Федерального закона уведомление о включении в реестр медицинских организаций до 26 декабря 2014 года включительно.

20. В 2015 году в целях финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, оказываемой в федеральных государственных учреждениях, включенных в перечень, утвержденный федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, и в медицинских организациях, включенных в перечень, утвержденный уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, из бюджета Федерального фонда в федеральный бюджет предоставляются иные межбюджетные трансферты в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

21. Контроль за использованием средств, предусмотренных в части 20 настоящей статьи, осуществляется Федеральным фондом, территориальными фондами, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, и Счетной палатой Российской Федерации.

22. В 2015 и 2016 годах из бюджета Федерального фонда федеральному бюджету передается дотация на сбалансированность в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период.

Редакция от 21.07.2014

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральными законами от 10.07.2014 N 204-ФЗ, от 21.07.2014 N 268-ФЗ. См. справку к редакции.

Дополнение части 6 статьи 50 пунктом 3. См. текст новой редакции

3) бюджету субъекта Российской Федерации в виде иных межбюджетных трансфертов для последующего их предоставления в соответствии со статьей 78.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации в виде субсидий Государственной корпорации по содействию разработке, производству и экспорту высокотехнологичной промышленной продукции "Ростех" (далее - Государственная корпорация "Ростех"). Указанные субсидии предоставляются Государственной корпорации "Ростех" в случае возложения на нее правовыми актами Президента Российской Федерации функций заказчика по обеспечению выполнения инженерных изысканий и подготовки проектной документации для строительства региональных перинатальных центров в субъектах Российской Федерации, а также строительства и ввода в эксплуатацию этих центров. После завершения строительства и ввода в эксплуатацию этих центров Государственная корпорация "Ростех" обеспечивает их передачу в собственность субъектов Российской Федерации.

Изменение части 14 статьи 50

старая редакция

14. Контроль за использованием средств, предусмотренных на финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения, осуществляется Федеральным фондом, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, Счетной палатой Российской Федерации. Контроль за использованием средств, предоставленных на цели, установленные пунктом 3 части 3 настоящей статьи, осуществляется также территориальными фондами.

новая редакция

14. Контроль за использованием средств, предусмотренных на финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения, осуществляется Федеральным фондом, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, Счетной палатой Российской Федерации. Контроль за использованием средств, предоставленных на цели, установленные пунктом 3 части 3 настоящей статьи, осуществляется также территориальными фондами. **Действие положений настоящей части распространяется также на осуществление Федеральным фондом, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, Счетной палатой**

Российской Федерации контроля за использованием Государственной корпорацией "Ростех" средств, предусмотренных пунктом 3 части 6 настоящей статьи.

Дополнение статьи 51 частью 18. См. текст [новой редакции](#)

18. С 1 января по 31 декабря 2014 года средства нормированного страхового запаса Федерального фонда могут направляться в соответствии с Федеральным законом от 2 декабря 2013 года N 321-ФЗ "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов" на финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования.

* * *

Редакция от 12.03.2014

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным [законом](#) от 12.03.2014 N 33-ФЗ. См. справку к редакции.

Изменение части 5 статьи 44

[старая редакция](#)

5. Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи могут предоставляться в виде документов как в письменной форме, так и в электронной форме при наличии гарантии их достоверности (подлинности), защиты от несанкционированного доступа и искажений. В этом случае юридическая сила представленных документов подтверждается **электронной цифровой подписью** в соответствии с законодательством Российской Федерации. Решение о возможности предоставления информации в электронной форме принимается совместно участниками информационного обмена.

[новая редакция](#)

5. Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи могут предоставляться в виде документов как в письменной форме, так и в электронной форме при наличии гарантии их достоверности (подлинности), защиты от несанкционированного доступа и искажений. В этом случае юридическая сила представленных документов подтверждается **усиленной квалифицированной электронной подписью** в соответствии с законодательством Российской Федерации. Решение о возможности предоставления информации в электронной форме принимается совместно участниками информационного обмена.

* * *

Редакция от 28.12.2013

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным **законом** от 28.12.2013 N 390-ФЗ. См. справку к редакции.

Абзац первый статьи 10 - **изложен** в новой редакции

старая редакция

Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации"), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах":

новая редакция

Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации"), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах":

Редакция от 25.11.2013 (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2014)

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным **законом** от 25.11.2013 N 317-ФЗ, вступающих в силу с 01.01.2014. См. справку к редакции.

Изменение пункта 2 части 1 статьи 7

старая редакция

2) осуществляет надзор за нормативно-правовым регулированием, осуществляемым органами государственной власти субъектов Российской Федерации по вопросам переданных полномочий, с правом направления обязательных для исполнения предписаний об отмене нормативных правовых актов

новая редакция

2) осуществляет **в установленном им порядке** надзор за нормативно-правовым регулированием, осуществляемым органами государственной власти субъектов Российской Федерации по вопросам переданных полномочий, с правом направления обязательных для исполнения предписаний об

или о внесении в них изменений;

отмене нормативных правовых актов
или о внесении в них изменений;

Изменение пункта 3 части 1 статьи 7

старая редакция

3) осуществляет контроль и надзор за полнотой и качеством осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий с правом проведения проверок и выдачи обязательных для исполнения предписаний:

новая редакция

3) осуществляет **в установленном им порядке** контроль и надзор за полнотой и качеством осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий с правом проведения проверок и выдачи обязательных для исполнения предписаний:

Изменение пункта 6 части 2 статьи 7

старая редакция

6) осуществляет контроль за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием средств обязательного медицинского страхования, в том числе проводит проверки и ревизии;

новая редакция

6) осуществляет **в установленном им порядке** контроль за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием средств обязательного медицинского страхования, в том числе проводит проверки и ревизии;

Изменение пункта 7 части 8 статьи 33

старая редакция

7) осуществляет контроль за соблюдением субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием ими средств обязательного медицинского страхования, в том числе проводит проверки и ревизии;

новая редакция

7) осуществляет **в установленном им порядке** контроль за соблюдением субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием ими средств обязательного медицинского страхования, в том числе проводит проверки и ревизии;

Изменение части 2 статьи 35

старая редакция

2. Базовая программа обязательного медицинского страхования определяет виды медицинской помощи, перечень

новая редакция

2. Базовая программа обязательного медицинского страхования определяет виды медицинской помощи **(включая**

страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования, а также критерии доступности и качества медицинской помощи.

перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования, а также критерии доступности и качества медицинской помощи.

Изменение части 3 статьи 35

старая редакция

3. В базовой программе обязательного медицинского страхования устанавливаются требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, а также расчет коэффициента удорожания базовой программы обязательного медицинского страхования.

новая редакция

3. В базовой программе обязательного медицинского страхования устанавливаются требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, а также расчет коэффициента удорожания базовой программы обязательного медицинского страхования. **Указанные в настоящей части нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи устанавливаются также по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения.**

Изменение части 2 статьи 36

старая редакция

2. Территориальная программа обязательного медицинского страхования включает в себя виды и условия оказания медицинской

новая редакция

2. Территориальная программа обязательного медицинского страхования включает в себя виды и условия оказания медицинской

помощи, перечень страховых случаев, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте Российской Федерации значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо.

помощи **(включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения)**, перечень страховых случаев, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте Российской Федерации значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо. **Указанные в настоящей части значения нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо устанавливаются также по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения.**

* * *

Редакция от 25.11.2013

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным [законом](#) от 25.11.2013 N 317-ФЗ, вступающих в силу с 25.11.2013. См. справку к редакции.

Изменение части 9 статьи 14

старая редакция

9. Страховые медицинские организации в соответствии с требованиями, установленными правилами обязательного медицинского страхования, размещают на собственных официальных сайтах в сети "Интернет", опубликовывают в средствах массовой информации или

новая редакция

9. Страховые медицинские организации в соответствии с требованиями, установленными правилами обязательного медицинского страхования, размещают на собственных официальных сайтах в сети "Интернет", опубликовывают в средствах массовой информации или

доводят до сведения застрахованных лиц иными предусмотренными законодательством Российской Федерации способами информацию о своей деятельности, составе учредителей (участников, акционеров), финансовых результатах деятельности, об опыте работы, о количестве застрахованных лиц, медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи, о выявленных по обращениям застрахованных лиц нарушениях при предоставлении медицинской помощи, правах граждан в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе праве выбора или замены страховой медицинской организации, медицинской организации, порядке получения полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с настоящим Федеральным законом.

доводят до сведения застрахованных лиц иными предусмотренными законодательством Российской Федерации способами информацию о своей деятельности, составе учредителей (участников, акционеров), финансовых результатах деятельности, об опыте работы, о количестве застрахованных лиц, медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи, о выявленных по обращениям застрахованных лиц нарушениях при предоставлении медицинской помощи, правах граждан в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе праве выбора или замены страховой медицинской организации, медицинской организации, порядке получения полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с настоящим Федеральным законом. **Страховые медицинские организации в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, осуществляют информационное сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи.**

Изменение пункта 2 части 1 статьи 15

старая редакция

2) индивидуальные предприниматели, **занимающиеся частной медицинской практикой.**

новая редакция

2) индивидуальные предприниматели, **осуществляющие медицинскую деятельность.**

Изменение части 2 статьи 15

старая редакция

2. Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании

новая редакция

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.

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".**

Изменение пункта 4 части 1 статьи 16

старая редакция

4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации;

новая редакция

4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством **в сфере охраны здоровья;**

Изменение пункта 5 части 1 статьи 16

старая редакция

5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации;

новая редакция

5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством **в сфере охраны здоровья;**

Изменение части 2 статьи 30

старая редакция

новая редакция

2. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются соглашением между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным 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 настоящего Федерального закона.

2. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются соглашением между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным 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 настоящего Федерального закона. **Требования к структуре и содержанию указанного тарифного соглашения устанавливаются Федеральным фондом.**

Дополнение статьи 30 частью 5. См. текст новой редакции

5. Уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации размещают на своих официальных сайтах в сети "Интернет" установленные тарифы на оплату медицинской помощи в срок не позднее 14 календарных дней со дня их установления.

Изменение пункта 4 части 8 статьи 33

старая редакция

4) вправе начислять в соответствии со статьей 25 настоящего Федерального закона и взыскивать со страхователей для неработающих граждан недоимку по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, штрафы и пени в порядке, аналогичном порядку, установленному статьей 18 Федерального закона от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ "О страховых

новая редакция

4) вправе начислять в соответствии со статьей 25 настоящего Федерального закона и взыскивать со страхователей для неработающих граждан недоимку по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, штрафы и пени в порядке, аналогичном порядку, установленному статьей 18 Федерального закона от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ "О страховых

взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и **территориальные фонды обязательного медицинского страхования"**;

взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования";

Изменение части 7 статьи 35

старая редакция

7. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на **приобретение оборудования** стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

новая редакция

7. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на **приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь)** стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Дополнение статьи 36 частью 12. См. текст новой редакции

12. Уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации размещают на своих официальных сайтах в сети "Интернет" утвержденные территориальные программы обязательного медицинского страхования в срок не позднее 14 календарных дней со дня их утверждения.

Изменение части 2 статьи 41

старая редакция

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 **штрафа** за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, предусматриваются заключенным между ними договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, **устанавливаемым** правилами обязательного медицинского страхования.

новая редакция

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, 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.

Пункт 2 части 4 статьи 44 - изложен в новой редакции

старая редакция

2) медицинская организация, оказавшая соответствующие услуги;

новая редакция

2) сведения о медицинской организации, оказавшей медицинские услуги;

Дополнение части 4 статьи 44 пунктом 4.1. См. текст новой редакции

4.1) формы оказания медицинской помощи;

Пункт 10 части 4 статьи 44 - изложен в новой редакции

старая редакция

10) медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу, и примененные лекарственные препараты;

новая редакция

10) сведения о медицинских услугах, оказанных застрахованному лицу, и о примененных лекарственных препаратах;

Изменение пункта 11 части 4 статьи 44

старая редакция

новая редакция

11) примененные **медико-экономических стандарты;**

11) примененные **стандарты медицинской помощи;**

Пункт 12 части 4 статьи 44 - изложен в новой редакции

старая редакция

новая редакция

12) специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь;

12) сведения о медицинском работнике или медицинских работников, оказавших медицинские услуги;

Изменение части 1 статьи 50

старая редакция

новая редакция

1. В период 2011 - 2012 годов в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, осуществляется реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации (далее также - программы) и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, государственных учреждений, реализующих мероприятия, предусмотренные пунктом 2 части 3 настоящей статьи (далее также - мероприятия по модернизации здравоохранения). В 2013 году осуществляется реализация программ и мероприятий по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктами 1 и 2 части 3 настоящей статьи.

1. В период 2011 - 2012 годов в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, осуществляется реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации (далее также - программы) и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, государственных учреждений, реализующих мероприятия, предусмотренные пунктом 2 части 3 настоящей статьи (далее также - мероприятия по модернизации здравоохранения). В 2013 году осуществляется реализация программ и мероприятий по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктами 1 и 2 части 3 настоящей статьи, **в 2014 - 2018 годах осуществляется реализация мероприятий по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктом 2 части 3 настоящей статьи, в части мероприятий, предусмотренных частью 12.1 настоящей статьи. В 2013 - 2016 годах осуществляется реализация программ в целях, установленных пунктом 1 части 3 настоящей статьи, в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров.**

Изменение части 2 статьи 50

старая редакция

2. Финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011 и 2012 годах осуществляется за счет доходов, поступающих в бюджет Федерального фонда от средств страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размере два процентных пункта в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования", средств бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов. **Финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктами 1 и 2 части 3 настоящей статьи, в 2013 году осуществляется за счет средств бюджета Федерального фонда, предусмотренных федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.** Финансовое обеспечение указанных в настоящей части программ может осуществляться за счет средств местных бюджетов.

новая редакция

2. Финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011 и 2012 годах осуществляется за счет доходов, поступающих в бюджет Федерального фонда от средств страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размере два процентных пункта в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования", средств бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов. **Финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения в 2013 году в целях, установленных пунктами 1 (в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров) и 2 части 3 настоящей статьи, осуществляется за счет средств бюджета Федерального фонда, предусмотренных федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.** Финансовое обеспечение указанных в настоящей части программ может осуществляться за счет средств местных бюджетов. **Финансовое обеспечение программ в 2014 - 2016 годах в целях, установленных пунктом 1 части 3 настоящей статьи, в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров осуществляется за счет остатков средств, образовавшихся по состоянию на 1 января очередного финансового года в**

бюджете Федерального фонда, бюджетах территориальных фондов, бюджетах субъектов Российской Федерации в результате неполного использования средств, предусмотренных федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период на указанные цели, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Дополнение статьи 50 частью 2.1. См. текст новой редакции

2.1. В 2014 - 2018 годах реализация мероприятий по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктом 2 части 3 настоящей статьи, в части мероприятий, предусмотренных частью 12.1 настоящей статьи, осуществляется за счет остатков средств, образовавшихся по состоянию на 1 января очередного финансового года в федеральном бюджете в результате неполного использования средств, предоставленных в 2012 году из бюджета Федерального фонда в федеральный бюджет в виде межбюджетных трансфертов в соответствии с частью 12.1 настоящей статьи.

Изменение пункта 1 части 3 статьи 50

старая редакция

1) укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, в том числе строительство, реконструкция объектов капитального строительства и (или) их этапы, обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов **(техническая готовность указанных объектов на 1 января 2011 года должна составлять не менее 80 процентов фактически произведенных застройщиком затрат от сметной стоимости строительства объекта)**, капитальный ремонт государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, приобретение медицинского оборудования;

новая редакция

1) укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, в том числе строительство, реконструкция объектов капитального строительства и (или) их этапы, обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов, капитальный ремонт государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, приобретение медицинского оборудования;

Изменение части 9 статьи 50

старая редакция

9. Средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации

новая редакция

9. Средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации

предоставляются Федеральным фондом в 2011 и 2012 годах при условии установления бюджетами субъектов Российской Федерации расходов на здравоохранение в объеме не менее фактических расходов на здравоохранение в 2010 году (за исключением расходов, осуществляемых за счет целевых средств, предоставляемых из федерального бюджета) и наличии заключенных соглашений, предусмотренных частью 7 настоящей статьи.

предоставляются Федеральным фондом в 2013 - 2016 годах при наличии заключенных соглашений, предусмотренных частью 7 настоящей статьи.

Часть 10 статьи 50 - изложена в новой редакции

[старая редакция](#)

10. Остатки средств на 1 января 2012 года, образовавшиеся в бюджетах территориальных фондов (бюджетах субъектов Российской Федерации) в результате неполного использования в 2011 году средств, предоставленных из бюджета Федерального фонда (бюджетов территориальных фондов) на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, могут быть использованы в очередном финансовом году на цели, указанные в части 3 настоящей статьи, при наличии потребности в указанных средствах в соответствии с решением Федерального фонда. Остатки средств на 1 января 2013 года, образовавшиеся в бюджетах территориальных фондов (бюджетах субъектов Российской Федерации) в результате неполного использования в 2012 году средств, предоставленных из бюджета Федерального фонда (бюджетов территориальных фондов) на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, могут быть использованы в очередном финансовом году на цели, указанные в части 3 настоящей статьи, при наличии потребности в указанных средствах

[новая редакция](#)

10. В период реализации программ, указанных в части 1 настоящей статьи, остатки средств на 1 января очередного финансового года, образовавшиеся в бюджетах территориальных фондов (бюджетах субъектов Российской Федерации) в результате неполного использования в текущем финансовом году средств, предоставленных из бюджета Федерального фонда (бюджетов территориальных фондов) на финансовое обеспечение программ в целях, установленных пунктом 1 части 3 настоящей статьи, для строительства перинатальных центров, могут быть использованы в очередном финансовом году на те же цели при наличии потребности в указанных средствах в соответствии с решением Федерального фонда с внесением соответствующих изменений в программы и в предусмотренные частью 7 настоящей статьи соглашения.

в соответствии с решением Федерального фонда с внесением соответствующих изменений в программы и в предусмотренные частью 7 настоящей статьи соглашения.

Дополнение статьи 50 частью 10.2. См. текст новой редакции

10.2. Остатки средств на 1 января 2014 года, образовавшиеся в бюджете субъекта Российской Федерации в результате неполного использования средств, предоставленных в 2011 – 2012 годах из бюджета территориального фонда на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, подлежат перечислению из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда для последующего перечисления территориальным фондом в бюджет Федерального фонда до 1 марта 2014 года.

Часть 11 статьи 50 – изложена в новой редакции

старая редакция

11. Остатки средств на 1 января 2012 года, образовавшиеся в бюджете Федерального фонда в результате неполного использования в 2011 году средств на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, направляются в 2012 году на финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения. Остатки средств на 1 января 2013 года, образовавшиеся в бюджете Федерального фонда в результате неполного использования в 2011 и 2012 годах средств на финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения, направляются на увеличение нормированного страхового запаса Федерального фонда в 2013 году.

новая редакция

11. В период реализации программ и мероприятий по модернизации здравоохранения, указанных в части 1 настоящей статьи, остатки средств на 1 января очередного финансового года, образовавшиеся в бюджете Федерального фонда в результате неполного использования в текущем финансовом году средств на финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения, используются в очередном финансовом году в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период.

Изменение части 12.1 статьи 50

старая редакция

12.1. Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по

новая редакция

12.1. Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по

выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, обеспечивает **создание федерального центра обработки данных**, а также создание временной площадки федерального центра обработки данных (в том числе обеспечение информационной безопасности, разработки и размещения на временной площадке федерального центра обработки данных основных централизованных общесистемных компонентов), **создание и внедрение федеральных прикладных компонентов** единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в целях, установленных пунктом 2 части 3 настоящей статьи. Финансовое обеспечение предусмотренных настоящей частью мероприятий осуществляется путем направления из бюджета Федерального фонда в федеральный бюджет межбюджетных трансфертов для увеличения бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете на очередной финансовый год и плановый период федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, обеспечивает **создание и функционирование федерального центра обработки данных**, а также создание временной площадки федерального центра обработки данных (в том числе обеспечение информационной безопасности, разработки и размещения на временной площадке федерального центра обработки данных основных централизованных общесистемных компонентов), **создание, внедрение, развитие и функционирование федеральных прикладных компонентов** единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в целях, установленных пунктом 2 части 3 настоящей статьи. Финансовое обеспечение предусмотренных настоящей частью мероприятий осуществляется путем направления из бюджета Федерального фонда в федеральный бюджет межбюджетных трансфертов для увеличения бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете на очередной финансовый год и плановый период федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Изменение абзаца первого части 5 статьи 51

старая редакция

5. В 2013 – 2014 годах за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов, осуществляется финансовое обеспечение:

новая редакция

5. В 2014 году за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов **в объеме разницы между размером указанных в настоящей части расходов и приростом объема страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения по сравнению с 2012 годом**, осуществляется финансовое

обеспечение :

Изменение пункта 1 части 5 статьи 51

старая редакция

1) скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) **в объеме не менее фактических консолидированных расходов субъектов Российской Федерации на указанные цели в предыдущем году;**

новая редакция

1) скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) **в соответствии с нормативами, установленными базовой программой обязательного медицинского страхования;**

Изменение пункта 2 части 5 статьи 51

старая редакция

2) расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 настоящего Федерального закона с 2013 года, **в объеме разницы между размером указанных расходов и приростом объема страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения по сравнению с 2012 годом.**

новая редакция

2) расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 настоящего Федерального закона с 2013 года.

Часть 6 статьи 51 - исключена. См. текст старой редакции

Изменение пункта 3 части 7 статьи 51

старая редакция

3) в 2014 году размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения не может быть менее фактического размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году и 75 процентов разницы между размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанным в соответствии с частью 2 статьи 23 настоящего Федерального закона, и фактическим размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование

новая редакция

3) в 2014 году размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения не может быть менее фактического размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году и 75 процентов разницы между размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанным в соответствии с частью 2 статьи 23 настоящего Федерального закона, и фактическим размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование

неработающего населения в 2010 году;

неработающего населения в 2010 году, **если иное не установлено федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период;**

Изменение части 12.1 статьи 51

старая редакция

12.1. В 2012 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011 – 2012 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт или переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, предусмотренный пунктом 3 части 12.2 настоящей статьи (далее – договор). В целях осуществления единовременных компенсационных выплат в 2012 году из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов предоставляются иные межбюджетные трансферты из расчета один миллион рублей на одного указанного медицинского работника. В **2013 году** осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в **2013 году** после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, в размере одного миллиона рублей на одного указанного медицинского

новая редакция

12.1. В 2012 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011 – 2012 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт или переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, предусмотренный пунктом 3 части 12.2 настоящей статьи (далее – договор). В целях осуществления единовременных компенсационных выплат в 2012 году из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов предоставляются иные межбюджетные трансферты из расчета один миллион рублей на одного указанного медицинского работника. В **2013 – 2014 годах** осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в **2013 – 2014 годах** после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, в размере одного миллиона рублей на одного указанного медицинского

работника. Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в **2013 году** осуществляется в равных долях за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда из бюджета Федерального фонда в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

работника. Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в **2013 - 2014 годах** осуществляется в равных долях за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда из бюджета Федерального фонда в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Дополнение статьи 51 частью 17. См. текст новой редакции

17. В целях осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в 2014 году медицинская организация направляет в территориальный фонд предусмотренное частью 2 статьи 15 настоящего Федерального закона уведомление о включении в реестр медицинских организаций до 20 декабря 2013 года включительно.

Редакция от 27.09.2013

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным **законом** от 27.09.2013 N 253-ФЗ. См. справку к редакции.

Изменение части 12 статьи 50

старая редакция

12. Государственные учреждения, оказывающие медицинскую помощь, полномочия собственника которых осуществляют федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, подведомственные ему федеральные органы исполнительной власти и **Российская академия медицинских наук**, разрабатывают мероприятия по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктами 1 и 2 части 3 настоящей статьи. Государственные учреждения, реализующие мероприятия,

новая редакция

12. Государственные учреждения, оказывающие медицинскую помощь, полномочия собственника которых осуществляют федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, подведомственные ему федеральные органы исполнительной власти и **Российская академия наук**, разрабатывают мероприятия по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктами 1 и 2 части 3 настоящей статьи. Государственные учреждения, реализующие мероприятия,

предусмотренные пунктом 2 части 3 настоящей статьи, полномочия собственника которых осуществляет федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, разрабатывают мероприятия по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктом 2 части 3 настоящей статьи. Финансовое обеспечение реализации мероприятий по модернизации здравоохранения осуществляется путем направления из бюджета Федерального фонда в федеральный бюджет межбюджетных трансфертов для увеличения бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете на очередной финансовый год и плановый период федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, подведомственным ему федеральным органам исполнительной власти и **Российской академии медицинских наук** для предоставления бюджетных ассигнований подведомственным им государственным учреждениям, оказывающим медицинскую помощь, и государственным учреждениям, реализующим мероприятия, предусмотренные пунктом 2 части 3 настоящей статьи.

предусмотренные пунктом 2 части 3 настоящей статьи, полномочия собственника которых осуществляет федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, разрабатывают мероприятия по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктом 2 части 3 настоящей статьи. Финансовое обеспечение реализации мероприятий по модернизации здравоохранения осуществляется путем направления из бюджета Федерального фонда в федеральный бюджет межбюджетных трансфертов для увеличения бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете на очередной финансовый год и плановый период федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, подведомственным ему федеральным органам исполнительной власти и **Российской академии наук** для предоставления бюджетных ассигнований подведомственным им государственным учреждениям, оказывающим медицинскую помощь, и государственным учреждениям, реализующим мероприятия, предусмотренные пунктом 2 части 3 настоящей статьи.

Редакция от 23.07.2013

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральными законами от 02.07.2013 N 185-ФЗ, от 23.07.2013 N 251-ФЗ. См. справку к редакции.

Подпункт "в" пункта 5 статьи 10 - **изложен в новой редакции**

старая редакция

новая редакция

в) граждане, обучающиеся по очной форме в образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования;

в) граждане, обучающиеся по очной форме обучения в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования;

Изменение части 1 статьи 14

старая редакция

1. Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – страховая медицинская организация), – страховая организация, имеющая лицензию, выданную **федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности**. Особенности лицензирования деятельности страховых медицинских организаций определяются Правительством Российской Федерации. Страховая медицинская организация осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с настоящим Федеральным законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией (далее – договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования).

новая редакция

1. Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – страховая медицинская организация), – страховая организация, имеющая лицензию, выданную **в установленном законодательством Российской Федерации порядке**. Особенности лицензирования деятельности страховых медицинских организаций определяются Правительством Российской Федерации. Страховая медицинская организация осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с настоящим Федеральным законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией (далее – договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования).

Часть 4 статьи 14 – изложена в новой редакции

старая редакция

4. Страховые медицинские организации ведут раздельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования и средствами добровольного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных нормативными правовыми актами федерального органа исполнительной власти,

новая редакция

4. Страховые медицинские организации ведут раздельный учет доходов и расходов по операциям со средствами обязательного медицинского страхования и средствами добровольного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных нормативными актами Банка России, и Федерального фонда, в пределах своей компетенции.

осуществляющего функции по нормативно-правовому регулированию в сфере страховой деятельности, и Федерального фонда.

Изменение пункта 17 части 8 статьи 33

старая редакция

17) вправе организовывать подготовку, **переподготовку и повышение квалификации**, в том числе за пределами территории Российской Федерации, работников Федерального фонда и участников обязательного медицинского страхования в целях осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования;

новая редакция

17) вправе организовывать подготовку **и дополнительное профессиональное образование**, в том числе за пределами территории Российской Федерации, работников Федерального фонда и участников обязательного медицинского страхования в целях осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования;

Изменение пункта 18 части 7 статьи 34

старая редакция

18) организует подготовку, **переподготовку и повышение квалификации** кадров для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

новая редакция

18) организует подготовку **и дополнительное профессиональное образование** кадров для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

Изменение части 7 статьи 40

старая редакция

7. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи. Экспертом качества медицинской помощи является врач – специалист, имеющий высшее **профессиональное** образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд, территориальный фонд, страховая

новая редакция

7. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный 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 вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд, территориальный фонд, страховая медицинская

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 территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи.

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 территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи.

Редакция от 11.02.2013

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным [законом](#) от 11.02.2013 N 5-ФЗ. См. справку к редакции.

Изменение пункта 1 части 3 статьи 50

старая редакция

1) укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, в том числе обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов (техническая готовность указанных объектов на 1 января 2011 года должна составлять не менее 80 процентов фактически произведенных застройщиком затрат от сметной стоимости строительства объекта), **текущий и** капитальный ремонт государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, приобретение медицинского оборудования;

новая редакция

1) укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, в том числе **строительство, реконструкция объектов строительства и (или) их этапы,** обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов (техническая готовность указанных объектов на 1 января 2011 года должна составлять не менее 80 процентов фактически произведенных застройщиком затрат от сметной стоимости строительства объекта), капитальный ремонт государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, приобретение медицинского оборудования;

Редакция от 01.12.2012 (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2013)

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным [законом](#) от 01.12.2012 N 213-ФЗ, вступающих в силу с 01.01.2013. См. справку к редакции.

Изменение пункта 1 части 12.2 статьи 50

старая редакция

1) предоставление медицинским работникам (в том числе указанным в части 12.1 настоящей статьи), имеющим высшее медицинское образование или среднее медицинское образование, работающим в сельском населенном пункте и (или) переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта, жилого помещения, и (или) земельного участка для жилищного строительства, и (или) компенсации части процентной ставки по кредитам, предоставляемым на приобретение жилья, и (или) иных мер социальной поддержки;

новая редакция

1) предоставление медицинским работникам (в том числе указанным в части 12.1 настоящей статьи), имеющим высшее медицинское образование или среднее медицинское образование, работающим в сельском населенном пункте **либо рабочем поселке** и (или) переехавшим на работу в сельский населенный пункт **либо рабочий поселок** из другого населенного пункта, жилого помещения, и (или) земельного участка для жилищного строительства, и (или) компенсации части процентной ставки по кредитам, предоставляемым на приобретение жилья, и (или) иных мер социальной поддержки;

Редакция от 01.12.2012

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным [законом](#) от 01.12.2012 N 213-ФЗ, вступающих в силу с 03.12.2012. См. справку к редакции.

Изменение части 1 статьи 2

старая редакция

1. Законодательство об обязательном медицинском страховании основывается на Конституции Российской Федерации и состоит из **Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан**, Федерального закона от 16 июля 1999 года N 165-ФЗ "Об основах обязательного социального страхования", настоящего Федерального закона, других федеральных законов, законов субъектов Российской Федерации. Отношения, связанные с

новая редакция

1. Законодательство об обязательном медицинском страховании основывается на Конституции Российской Федерации и состоит из **Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"**, Федерального закона от 16 июля 1999 года N 165-ФЗ "Об основах обязательного социального страхования", настоящего Федерального закона, других федеральных законов, законов субъектов Российской Федерации.

обязательным медицинским страхованием, регулируются также иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

Отношения, связанные с обязательным медицинским страхованием, регулируются также иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

Изменение пункта 8 части 1 статьи 7

старая редакция

8) готовит и направляет в Правительство Российской Федерации предложения об изъятии соответствующих полномочий у органов государственной власти субъектов Российской Федерации в порядке, установленном Правительством Российской Федерации;

новая редакция

8) готовит и направляет в Правительство Российской Федерации предложения об изъятии соответствующих полномочий у органов государственной власти субъектов Российской Федерации в порядке, установленном **статьей 7.1 настоящего федерального закона;**

Дополнение статьей 7.1. См. текст новой редакции

В связи с большим объемом введенной структурной единицы в данном обзоре ее текст не приводится.

Изменение части 4 статьи 15

старая редакция

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

новая редакция

4. Медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, за исключением случаев ликвидации медицинской организации, утраты права на осуществление медицинской деятельности, банкротства или иных предусмотренных законодательством Российской Федерации случаев. **Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, направившая в территориальный фонд уведомление об исключении из реестра медицинских организаций до заключения договора на оказание и оплату медицинской**

помощи по обязательному медицинскому страхованию, исключается территориальным фондом из реестра медицинских организаций на следующий рабочий день после дня получения территориальным фондом указанного уведомления.

Изменение пункта 3 части 2 статьи 16

старая редакция

3) уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;

новая редакция

3) уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, **данных документа, удостоверяющего личность**, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;

Изменение части 4 статьи 16

старая редакция

4. Выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями), путем **обращения** в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом на его официальном сайте в сети "Интернет" и может дополнительно публиковываться иными способами.

новая редакция

4. Выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями), путем **подачи заявления** в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом на его официальном сайте в сети "Интернет" и может дополнительно публиковываться иными способами.

Изменение части 5 статьи 16

старая редакция

5. Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя

новая редакция

5. Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя

обращается в выбранную им страховую медицинскую организацию с заявлением о выборе (замене) этой страховой медицинской организации. На основании указанного заявления застрахованному лицу или его представителю страховой медицинской организацией выдается полис обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования. Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным той страховой медицинской организацией, которой он был застрахован ранее, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 4 части 2 настоящей статьи.

обращается с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации непосредственно в выбранную им страховую медицинскую организацию или иные организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования. На основании указанного заявления застрахованному лицу или его представителю выдается полис обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования. Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным той страховой медицинской организацией, которой он был застрахован ранее, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 4 части 2 настоящей статьи.

Изменение части 6 статьи 16

старая редакция

6. Сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов обязательного медицинского страхования, ежемесячно до 10-го числа направляются территориальным фондом в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них для заключения договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Соотношение работающих граждан и неработающих граждан, не обратившихся в страховую медицинскую организацию, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным.

новая редакция

6. Сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов обязательного медицинского страхования, **а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации**, ежемесячно до 10-го числа направляются территориальным фондом в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них для заключения договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Соотношение

работающих граждан и неработающих граждан, не обратившихся в страховую медицинскую организацию, **а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации,** которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным.

Изменение пункта 7 части 2 статьи 20

старая редакция

7) предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи;

новая редакция

7) предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному 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;**

Изменение части 6 статьи 24

старая редакция

6. Ежемесячный обязательный платеж подлежит уплате в срок не позднее **25-го числа** текущего календарного месяца. Если указанный срок уплаты ежемесячного обязательного платежа приходится на день, признаваемый в соответствии с законодательством Российской Федерации выходным и (или) нерабочим праздничным днем, днем окончания срока уплаты ежемесячного обязательного платежа считается следующий за ним рабочий день.

новая редакция

6. Ежемесячный обязательный платеж подлежит уплате в срок не позднее **20-го числа** текущего календарного месяца. Если указанный срок уплаты ежемесячного обязательного платежа приходится на день, признаваемый в соответствии с законодательством Российской Федерации выходным и (или) нерабочим праздничным днем, днем окончания срока уплаты ежемесячного обязательного платежа считается следующий за ним рабочий день.

Изменение части 11 статьи 24

старая редакция

новая редакция

11. Страхователи ежеквартально в срок не позднее **25-го числа** месяца, следующего за отчетным периодом, представляют в территориальные фонды по месту своей регистрации расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения по форме, утверждаемой уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

11. Страхователи ежеквартально в срок не позднее **20-го числа** месяца, следующего за отчетным периодом, представляют в территориальные фонды по месту своей регистрации расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения по форме, утверждаемой уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Изменение части 3 статьи 27

старая редакция

3. Субвенции предоставляются при условии соответствия объема бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения, утвержденного законом о бюджете субъекта Российской Федерации, размеру страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанному в соответствии со статьей 23 настоящего Федерального закона, и при условии перечисления в бюджет Федерального фонда ежемесячно одной двенадцатой годового объема бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения, утвержденного законом о бюджете субъекта Российской Федерации, в срок не позднее **25-го числа** каждого месяца.

новая редакция

3. Субвенции предоставляются при условии соответствия объема бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения, утвержденного законом о бюджете субъекта Российской Федерации, размеру страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанному в соответствии со статьей 23 настоящего Федерального закона, и при условии перечисления в бюджет Федерального фонда ежемесячно одной двенадцатой годового объема бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения, утвержденного законом о бюджете субъекта Российской Федерации, в срок не позднее **20-го числа** каждого месяца.

Часть 2 статьи 30 - изложена в новой редакции

старая редакция

2. Тарифы на оплату медицинской помощи должны устанавливаться соглашением между уполномоченным государственным органом субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских

новая редакция

2. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются соглашением между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта

ассоциаций, профессиональных
союзов медицинских работников.

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.

Изменение части 3 статьи 32

старая редакция

3. Территориальный фонд направляет сведения, указанные в части 2 настоящей статьи, страховым медицинским организациям в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования.

новая редакция

3. Территориальный фонд направляет сведения, указанные в части 2 настоящей статьи, страховым медицинским организациям **и (или) другим территориальным фондам** в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования.

Дополнение пунктом 2.1 части 8 статьи 33. См. текст новой редакции

2.1) осуществляет выравнивание территориальных фондов в рамках медицинского страхования;

финансовых условий деятельности базовой программы обязательного

Изменение пункта 17 части 8 статьи 33

старая редакция

17) **осуществляет** подготовку, переподготовку и повышение квалификации **кадров**, в том числе за пределами территории Российской Федерации, **для Федерального фонда и территориальных фондов** в целях осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования;

новая редакция

17) **вправе организовывать** подготовку, переподготовку и повышение квалификации, в том числе за пределами территории Российской Федерации, **работников Федерального фонда и участников обязательного медицинского страхования** в целях осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования;

Изменение пункта 18 части 8 статьи 33

старая редакция

18) осуществляет организацию научно-исследовательской работы по вопросам обязательного медицинского страхования.

новая редакция

18) осуществляет организацию научно-исследовательской работы по вопросам обязательного медицинского страхования, **в том числе в целях реализации установленных настоящей частью полномочий;**

Дополнение пунктом 19 части 8 статьи 33. См. текст новой редакции

19) принимает решение об образовании совещательных, координационных органов Федерального фонда, утверждает их состав и порядок деятельности.

Изменение пункта 15 части 7 статьи 34

старая редакция

15) ведет реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования **на территории** субъекта Российской Федерации;

новая редакция

15) ведет реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования **по территориальной программе обязательного медицинского страхования** субъекта Российской Федерации;

Пункт 18 части 7 статьи 34 - изложен в новой редакции

старая редакция

18) осуществляет подготовку и переподготовку кадров для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

новая редакция

18) организует подготовку, переподготовку и повышение квалификации кадров для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

Изменение части 9 статьи 36

старая редакция

9. Для разработки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации создается комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, в состав которой входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим

новая редакция

9. Для разработки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации создается комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, в состав которой входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим

исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители профессиональных союзов или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации, на паритетных началах. Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования формируется и осуществляет свою деятельность в соответствии с положением, являющимся приложением к правилам обязательного медицинского страхования.

исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, **медицинских профессиональных организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников** или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации, на паритетных началах. Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования формируется и осуществляет свою деятельность в соответствии с положением, являющимся приложением к правилам обязательного медицинского страхования.

Изменение части 10 статьи 36

старая редакция

10. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением комиссии, указанной в части 9 настоящей статьи, между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также 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

новая редакция

10. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением комиссии, указанной в части 9 настоящей статьи, между страховыми медицинскими организациями и **между** медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также 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. | помощи данным застрахованным лицам за пределами территории этого субъекта Российской Федерации. |
|---|---|

Часть 6 статьи 40 – изложена в новой редакции

[старая редакция](#)

6. Экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

[новая редакция](#)

6. Экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Изменение части 10 статьи 40

[старая редакция](#)

10. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 настоящего Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

[новая редакция](#)

10. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 настоящего Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, **в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования.**

Дополнение пунктом 15 части 2 статьи 44. См. текст новой редакции

15) сведения о медицинской организации, выбранной застрахованным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации для получения первичной медико-санитарной помощи.

Изменение части 1 статьи 46

[старая редакция](#)

1. Для получения полиса обязательного медицинского страхования застрахованное лицо лично или через своего представителя подает в порядке,

[новая редакция](#)

1. Для получения полиса обязательного медицинского страхования застрахованное лицо лично или через своего представителя подает в порядке,

установленном правилами обязательного медицинского страхования, заявление о выборе страховой медицинской организации, предусмотренное пунктом 2 части 2 статьи 16 настоящего Федерального закона, **в страховую медицинскую организацию или при ее отсутствии в территориальный фонд.**

установленном правилами обязательного медицинского страхования, заявление о выборе страховой медицинской организации, предусмотренное пунктом 2 части 2 статьи 16 настоящего Федерального закона.

Изменение части 2 статьи 46

старая редакция

2. В день **получения** заявления о выборе страховой медицинской организации **страховая медицинская организация или при ее отсутствии территориальный фонд выдает** застрахованному лицу или его представителю полис обязательного медицинского страхования либо временное свидетельство в случаях и в порядке, которые определяются правилами обязательного медицинского страхования.

новая редакция

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

Изменение части 4 статьи 48

старая редакция

4. Ведение персонафицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в территориальных фондах осуществляется **на бумажных и (или) электронных носителях.** При несоответствии сведений на бумажных носителях и сведений на электронных носителях приоритет имеют сведения на бумажных носителях.

новая редакция

4. Ведение персонафицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в территориальных фондах осуществляется **в электронном виде.**

Изменение части 1 статьи 50

старая редакция

1. В период 2011 - 2012 годов в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, осуществляется реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации

новая редакция

1. В период 2011 - 2012 годов в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, осуществляется реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации

(далее также – программы) и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, государственных учреждений, реализующих мероприятия, предусмотренные пунктом 2 части 3 настоящей статьи (далее также – мероприятия по модернизации здравоохранения).

(далее также – программы) и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, государственных учреждений, реализующих мероприятия, предусмотренные пунктом 2 части 3 настоящей статьи (далее также – мероприятия по модернизации здравоохранения). **В 2013 году осуществляется реализация программ и мероприятий по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктами 1 и 2 части 3 настоящей статьи.**

Изменение части 2 статьи 50

старая редакция

2. Финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации осуществляется за счет доходов, поступающих в бюджет Федерального фонда от средств страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размере два процентных пункта в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования", средств бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов.

новая редакция

2. Финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации **в 2011 и 2012 годах** осуществляется за счет доходов, поступающих в бюджет Федерального фонда от средств страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размере два процентных пункта в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования", средств бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов. **Финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктами 1 и 2 части 3 настоящей статьи, в 2013 году осуществляется за счет средств бюджета Федерального фонда, предусмотренных федеральным законом о бюджете федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации. Финансовое обеспечение указанных**

в настоящей части программ может осуществляться за счет средств местных бюджетов.

Изменение части 10 статьи 50

старая редакция

10. Остатки средств на 1 января 2012 года, образовавшиеся в бюджетах территориальных фондов (бюджетах субъектов Российской Федерации) в результате неполного использования в 2011 году средств, предоставленных из бюджета Федерального фонда (бюджетов территориальных фондов) на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, могут быть использованы в очередном финансовом году на цели, указанные в части 3 настоящей статьи, при наличии потребности в указанных средствах в соответствии с решением Федерального фонда. Остатки средств на 1 января 2013 года, образовавшиеся в бюджетах территориальных фондов (бюджетах субъектов Российской Федерации) в результате неполного использования в 2012 году средств, предоставленных из бюджета Федерального фонда (бюджетов территориальных фондов) на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, могут быть использованы в очередном финансовом году на цели, указанные в части 3 настоящей статьи, при наличии потребности в указанных средствах в соответствии с решением Федерального фонда.

новая редакция

10. Остатки средств на 1 января 2012 года, образовавшиеся в бюджетах территориальных фондов (бюджетах субъектов Российской Федерации) в результате неполного использования в 2011 году средств, предоставленных из бюджета Федерального фонда (бюджетов территориальных фондов) на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, могут быть использованы в очередном финансовом году на цели, указанные в части 3 настоящей статьи, при наличии потребности в указанных средствах в соответствии с решением Федерального фонда. Остатки средств на 1 января 2013 года, образовавшиеся в бюджетах территориальных фондов (бюджетах субъектов Российской Федерации) в результате неполного использования в 2012 году средств, предоставленных из бюджета Федерального фонда (бюджетов территориальных фондов) на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, могут быть использованы в очередном финансовом году на цели, указанные в части 3 настоящей статьи, при наличии потребности в указанных средствах в соответствии с решением Федерального фонда **с внесением соответствующих изменений в программы и в предусмотренные частью 7 настоящей статьи соглашения.**

Дополнение пунктом 10.1 статьи 50. См. текст новой редакции

10.1. Не использованные в 2012 году остатки средств, предоставленных страховым медицинским организациям из бюджета территориального фонда в

соответствии с частью 6 настоящей статьи, подлежат перечислению страховыми медицинскими организациями в бюджет территориального фонда до 1 января 2013 года. Полученные в соответствии с настоящей частью средства после завершения расчетов за оказанную в 2012 году застрахованным лицам медицинскую помощь подлежат перечислению территориальным фондом в бюджет Федерального фонда до 1 марта 2013 года.

Изменение части 2 статьи 51

старая редакция

2. Полисы обязательного медицинского страхования, выданные лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию до дня вступления в силу настоящего Федерального закона, являются действующими до замены их на полисы обязательного медицинского страхования единого образца в соответствии с настоящим Федеральным законом. С 1 мая 2011 года до введения на территориях субъектов Российской Федерации универсальных электронных карт изготовление полисов обязательного медицинского страхования организуется Федеральным фондом, выдача их застрахованным лицам осуществляется в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования. До 1 мая 2011 года выдача полисов обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами, регулирующими выдачу полисов обязательного медицинского страхования и действующими до дня вступления в силу настоящего Федерального закона.

новая редакция

2. Полисы обязательного медицинского страхования, выданные лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию до дня вступления в силу настоящего Федерального закона, являются действующими до замены их на полисы обязательного медицинского страхования единого образца в соответствии с настоящим Федеральным законом. С 1 мая 2011 года изготовление полисов обязательного медицинского страхования для застрахованных лиц, не получающих универсальной электронной карты, организуется Федеральным фондом, выдача их застрахованным лицам осуществляется в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования. До 1 мая 2011 года выдача полисов обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами, регулирующими выдачу полисов обязательного медицинского страхования и действующими до дня вступления в силу настоящего Федерального закона.

Часть 5 статьи 51 - изложена в новой редакции

старая редакция

5. Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования с 1 января 2013 года. Порядок передачи бюджетных

новая редакция

5. В 2013 - 2014 годах за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов, осуществляется финансовое обеспечение:

- 1) скорой медицинской помощи (за исключением

ассигнований бюджетов бюджетной системы Российской Федерации в бюджеты фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) устанавливается федеральным законом, определяющим размер тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) в объеме не менее фактических расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на указанные цели в предыдущем году;

2) расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 настоящего Федерального закона с 2013 года, в объеме разницы между размером указанных расходов и приростом объема страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения по сравнению с 2012 годом.

Изменение пункта 2 части 7 статьи 51

старая редакция

2) в 2013 году размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения не может быть менее фактического размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году и 50 процентов разницы между размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанным в соответствии с частью 2 статьи 23 настоящего Федерального закона, и фактическим размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году;

новая редакция

2) в 2013 году размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения не может быть менее фактического размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году и 50 процентов разницы между размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанным в соответствии с частью 2 статьи 23 настоящего Федерального закона, и фактическим размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году, **если иное не установлено федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период;**

Изменение пункта 4 части 7 статьи 51

старая редакция

4) в 2012 - 2014 годах размер тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего

новая редакция

4) в 2012 - 2014 годах размер тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего

населения в соответствии с частью 2 статьи 23 настоящего Федерального закона устанавливается с учетом передаваемых расходов консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации, подлежащих включению в территориальную программу обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, расходов бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций в соответствии с частью 7 статьи 35 настоящего Федерального закона **и расходов на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи.**

населения в соответствии с частью 2 статьи 23 настоящего Федерального закона устанавливается с учетом передаваемых расходов консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации, подлежащих включению в территориальную программу обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, расходов бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций в соответствии с частью 7 статьи 35 настоящего Федерального закона.

Изменение части 12.1 статьи 51

старая редакция

12.1. В 2012 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011 - 2012 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт или переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, предусмотренный пунктом 3 части 12.2 настоящей статьи (далее - договор). В целях осуществления единовременных компенсационных выплат в 2012 году из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов предоставляются иные межбюджетные трансферты из расчета один миллион рублей на одного указанного медицинского работника.

новая редакция

12.1. В 2012 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011 - 2012 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт или переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, предусмотренный пунктом 3 части 12.2 настоящей статьи (далее - договор). В целях осуществления единовременных компенсационных выплат в 2012 году из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов предоставляются иные межбюджетные трансферты из расчета один миллион рублей на одного указанного медицинского работника. **В 2013 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте**

до 35 лет, прибывшим в 2013 году после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, в размере одного миллиона рублей на одного указанного медицинского работника. Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2013 году осуществляется в равных долях за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда из бюджета Федерального фонда в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Изменение части 12.4 статьи 51

старая редакция

12.4. Предоставление иных межбюджетных трансфертов, предусмотренных частью 12.1 настоящей статьи, из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов осуществляется в соответствии с заявками территориальных фондов в пределах бюджетных ассигнований, утвержденных Правительством Российской Федерации, при условии предоставления отчетности по форме и в порядке, которые установлены Федеральным фондом.

новая редакция

12.4. Предоставление иных межбюджетных трансфертов, предусмотренных частью 12.1 настоящей статьи, из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов осуществляется в соответствии с заявками **уполномоченных органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации** и территориальных фондов в пределах бюджетных ассигнований, утвержденных Правительством Российской Федерации, при условии предоставления отчетности по форме и в порядке, которые установлены Федеральным фондом.

* * *

Редакция от 28.07.2012

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным законом от 28.07.2012 N 133-ФЗ. См. справку к редакции.

Дополнение статьи 44 частью 7. См. текст новой редакции

7. Сведения о застрахованном лице, предусмотренные пунктами 11 - 14 части 2 настоящей статьи, предоставляются Федеральным фондом по межведомственным запросам органам государственной власти, предоставляющим государственные услуги, или органам местного самоуправления, предоставляющим муниципальные услуги, если для предоставления государственной или муниципальной услуги предусмотрено предоставление таких сведений или документа, содержащего такие сведения, в указанные государственные органы или органы местного самоуправления.

* * *

Редакция от 03.12.2011

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральными законами от 30.11.2011 N 369-ФЗ, от 03.12.2011 N 379-ФЗ, вступающих в силу с 01.01.2012. См. справку к редакции.

Изменение пункта 1 статьи 10

старая редакция

1) работающие по трудовому договору или гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг, а также по договору авторского заказа или лицензионному договору;

новая редакция

1) работающие по трудовому договору, в том числе руководители организаций, являющиеся единственными участниками (учредителями), членами организаций, собственниками их имущества, или гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг, по договору авторского заказа, а также авторы произведений, получающие выплаты и иные вознаграждения по договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства;

Часть 12 статьи 50 - изложена в новой редакции

старая редакция

12. Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти осуществляет разработку и утверждение программ модернизации федеральных государственных учреждений, которые оказывают медицинскую помощь и полномочия собственника которых осуществляют федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, и подведомственные ему федеральные органы исполнительной власти, в целях, установленных пунктами 1 (в отношении государственных учреждений здравоохранения) и 2 части 3 настоящей статьи. Финансовое обеспечение реализации программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, осуществляется путем направления Федеральным фондом в федеральный бюджет межбюджетных трансфертов для увеличения бюджетных ассигнований, предусмотренных федеральному органу исполнительной власти, реализующему государственную политику в сфере здравоохранения, и подведомственным ему федеральным органам исполнительной власти, для предоставления бюджетных ассигнований подведомственным им федеральным государственным учреждениям, оказывающим медицинскую помощь, на финансовое обеспечение реализации программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь.

новая редакция

12. Государственные учреждения, оказывающие медицинскую помощь, полномочия собственника которых осуществляют федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, подведомственные ему федеральные органы исполнительной власти и Российская академия медицинских наук, разрабатывают мероприятия по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктами 1 и 2 части 3 настоящей статьи. Государственные учреждения, реализующие мероприятия, предусмотренные пунктом 2 части 3 настоящей статьи, полномочия собственника которых осуществляет федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, разрабатывают мероприятия по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктом 2 части 3 настоящей статьи. Финансовое обеспечение реализации мероприятий по модернизации здравоохранения осуществляется путем направления из бюджета Федерального фонда в федеральный бюджет межбюджетных трансфертов для увеличения бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете на очередной финансовый год и плановый период федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, подведомственным ему федеральным органам исполнительной власти и Российской академии медицинских наук для предоставления бюджетных ассигнований подведомственным им государственным учреждениям,

оказывающим медицинскую помощь, и государственным учреждениям, реализующим мероприятия, предусмотренные пунктом 2 части 3 настоящей статьи.

Редакция от 30.11.2011

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным законом от 30.11.2011 N 369-ФЗ, вступающих в силу с 01.12.2011. См. справку к редакции.

Изменение пункта 2 статьи 10

старая редакция

2) самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты);

новая редакция

2) самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, **арбитражные управляющие**);

Изменение пункта 2 части 1 статьи 11

старая редакция

2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты.

новая редакция

2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, **арбитражные управляющие**.

Изменение части 6 статьи 26

старая редакция

6. В составе бюджета территориального фонда формируется нормированный страховой запас. Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда устанавливаются законом о бюджете территориального фонда в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом. Размер средств нормированного

новая редакция

6. В составе бюджета территориального фонда формируется нормированный страховой запас. Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда устанавливаются законом о бюджете территориального фонда в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом. Размер средств нормированного

страхового запаса территориального фонда не должен превышать среднемесячный размер планируемых поступлений средств территориального фонда на очередной год.

страхового запаса территориального фонда **(без учета средств для осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования)** не должен превышать среднемесячный размер планируемых поступлений средств территориального фонда на очередной год.

Дополнение части 8 статьи 33 пунктом 6.1. См. текст новой редакции

6.1) утверждает формы заявлений, реестров счетов, актов, иных документов, указанных в нормативных правовых актах, предусмотренных настоящим Федеральным законом, и порядки их заполнения, если иное не установлено настоящим Федеральным законом;

Изменение части 6 статьи 34

старая редакция

6. Территориальный фонд в своей деятельности подотчетен высшему исполнительному органу государственной власти субъекта Российской Федерации и Федеральному фонду.

новая редакция

6. Территориальный фонд в своей деятельности подотчетен высшему исполнительному органу государственной власти субъекта Российской Федерации и Федеральному фонду. **Положение о территориальном фонде утверждается высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации.**

Изменение части 8 статьи 34

старая редакция

8. 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, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, не позднее 25 дней с даты представления счета медицинской организацией с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и

новая редакция

8. 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, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, не позднее 25 дней с даты представления счета **(реестра счетов)** медицинской организацией с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков,

условий предоставления медицинской помощи. Территориальный фонд субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляет возмещение средств территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи не позднее 25 дней с даты получения счета, предъявленного территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи, в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, установленными для медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, определяется правилами обязательного медицинского страхования.

качества и условий предоставления медицинской помощи. Территориальный фонд субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляет возмещение средств территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи не позднее 25 дней с даты получения счета **(реестра счетов)**, предъявленного территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи, в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, установленными для медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, определяется правилами обязательного медицинского страхования.

Изменение пункта 2 части 4 статьи 39

старая редакция

2) представление счетов за оказанную медицинскую помощь;

новая редакция

2) представление счетов **(реестра счетов)** за оказанную медицинскую помощь;

Изменение части 9 статьи 39

старая редакция

9. За использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает штраф в размере суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования

новая редакция

9. За использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает **в бюджет территориального фонда** штраф в размере **10 процентов от** суммы нецелевого использования средств

Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств **за каждый день просрочки**. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

Дополнение статьи 40 частью 7.1. См. текст новой редакции

7.1. Территориальный 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 территориального реестра экспертов качества медицинской помощи. Порядок ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом, в том числе размещение указанного реестра на официальном сайте территориального фонда в сети "Интернет", устанавливается Федеральным фондом.

Изменение наименования статьи 50

старая редакция

Статья 50. Программы модернизации здравоохранения

новая редакция

Статья 50. Программы **и мероприятия** по модернизации здравоохранения

Изменение части 1 статьи 50

старая редакция

1. В период 2011 - 2012 годов в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, осуществляется реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации **и программ модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь (далее также - программы модернизации здравоохранения)**.

новая редакция

1. В период 2011 - 2012 годов в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, осуществляется реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации **(далее также - программы) и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, государственных учреждений, реализующих мероприятия, предусмотренные пунктом 2 части 3 настоящей статьи (далее также -**

мероприятия по модернизации
здравоохранения) .

Изменение пункта 2 части 3 статьи 50

старая редакция

2) внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде;

новая редакция

2) внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях **создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения**, перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде;

Изменение пункта 1 части 6 статьи 50

старая редакция

1) бюджету субъекта Российской Федерации в виде иных межбюджетных трансфертов на цели, установленные пунктами 1 и 2 части 3 настоящей статьи, **для последующего использования государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, участвующими** в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

новая редакция

1) бюджету субъекта Российской Федерации в виде иных межбюджетных трансфертов на цели, установленные пунктами 1 и 2 части 3 настоящей статьи, **для нужд государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, участвующих** в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

Изменение пункта 2 части 6 статьи 50

старая редакция

2) страховым медицинским организациям на цели, установленные пунктом 3 части 3 настоящей статьи, для последующего предоставления медицинским организациям, участвующим в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой

новая редакция

2) страховым медицинским организациям на цели, установленные пунктом 3 части 3 настоящей статьи, для последующего предоставления медицинским организациям, участвующим в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой

программы обязательного медицинского страхования.

программы обязательного медицинского страхования, **за исключением установленных частью 6.1 настоящей статьи.**

Дополнение статьи 50 частью 6.1. См. текст [новой редакции](#)

6.1. Средства, указанные в части 6 настоящей статьи, предоставляются из бюджетов территориальных фондов по месту оказания медицинской помощи медицинским организациям на цели, установленные пунктом 3 части 3 настоящей статьи, в случае оказания ими медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, для осуществления расчетов за медицинскую помощь в порядке, аналогичном порядку, установленному частью 8 статьи 34 настоящего Федерального закона.

Часть 10 статьи 50 - [изложена в новой редакции](#)

[старая редакция](#)

10. Остатки средств на 1 января 2012 года, образовавшиеся в бюджетах территориальных фондов в результате неполного использования в 2011 году средств на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, направляются на цели, указанные в части 3 настоящей статьи, в 2012 году. Остатки средств на 1 января 2013 года, образовавшиеся в бюджетах территориальных фондов в результате неполного использования в 2012 году средств на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, направляются на цели, указанные в части 3 настоящей статьи, в 2013 году.

[новая редакция](#)

10. Остатки средств на 1 января 2012 года, образовавшиеся в бюджетах территориальных фондов (бюджетах субъектов Российской Федерации) в результате неполного использования в 2011 году средств, предоставленных из бюджета Федерального фонда (бюджетов территориальных фондов) на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, могут быть использованы в очередном финансовом году на цели, указанные в части 3 настоящей статьи, при наличии потребности в указанных средствах в соответствии с решением Федерального фонда. Остатки средств на 1 января 2013 года, образовавшиеся в бюджетах территориальных фондов (бюджетах субъектов Российской Федерации) в результате неполного использования в 2012 году средств, предоставленных из бюджета Федерального фонда (бюджетов территориальных фондов) на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, могут быть использованы в очередном финансовом году на

цели, указанные в части 3 настоящей статьи, при наличии потребности в указанных средствах в соответствии с решением Федерального фонда.

Изменение части 11 статьи 50

старая редакция

11. Остатки средств на 1 января 2012 года, образовавшиеся в бюджете Федерального фонда в результате неполного использования в 2011 году средств на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, направляются **на те же цели в 2012 году**. Остатки средств на 1 января 2013 года, образовавшиеся в бюджете Федерального фонда в результате неполного использования в 2011 и 2012 годах средств на финансовое обеспечение **региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации**, направляются на увеличение нормированного страхового запаса Федерального фонда в 2013 году.

новая редакция

11. Остатки средств на 1 января 2012 года, образовавшиеся в бюджете Федерального фонда в результате неполного использования в 2011 году средств на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации **и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь**, направляются **в 2012 году на финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения**. Остатки средств на 1 января 2013 года, образовавшиеся в бюджете Федерального фонда в результате неполного использования в 2011 и 2012 годах средств на финансовое обеспечение **программ и мероприятий по модернизации здравоохранения**, направляются на увеличение нормированного страхового запаса Федерального фонда в 2013 году.

Дополнение статьи 50 частью 12.1. См. текст новой редакции

12.1. Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, обеспечивает создание федерального центра обработки данных, а также создание временной площадки федерального центра обработки данных (в том числе обеспечение информационной безопасности, разработки и размещения на временной площадке федерального центра обработки данных основных централизованных общесистемных компонентов), создание и внедрение федеральных прикладных компонентов единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в целях, установленных пунктом 2 части 3 настоящей статьи. Финансовое обеспечение предусмотренных настоящей частью мероприятий осуществляется путем направления из бюджета Федерального фонда в федеральный бюджет межбюджетных трансфертов для увеличения бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете на очередной финансовый год и плановый период федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере

здравоохранения.

Изменение части 13 статьи 50

старая редакция

13. Порядок и форма предоставления отчетности о реализации **мероприятий программ** модернизации здравоохранения устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, порядок и форма предоставления отчетности об использовании средств на цели, определенные **в частях 1 и 12** настоящей статьи, устанавливаются Федеральным фондом.

новая редакция

13. Порядок и форма предоставления отчетности о **реализации программ и мероприятий** по модернизации здравоохранения устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, порядок и форма предоставления отчетности об использовании средств на цели, определенные **в частях 1, 12 и 12.1** настоящей статьи, устанавливаются Федеральным фондом.

Изменение части 14 статьи 50

старая редакция

14. Контроль за использованием средств, предусмотренных на финансовое обеспечение программ модернизации здравоохранения, осуществляется Федеральным фондом, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, Счетной палатой Российской Федерации.

новая редакция

14. Контроль за использованием средств, предусмотренных на финансовое обеспечение программ **и мероприятий** по модернизации здравоохранения, осуществляется Федеральным фондом, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, Счетной палатой Российской Федерации. **Контроль за использованием средств, предоставленных на цели, установленные пунктом 3 части 3 настоящей статьи, осуществляется также территориальными фондами.**

Изменение части 15 статьи 50

старая редакция

15. Контроль за реализацией **мероприятий программ** модернизации здравоохранения осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и Федеральным фондом.

новая редакция

15. Контроль за реализацией **программ и мероприятий** по модернизации здравоохранения осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и Федеральным фондом. **Контроль за реализацией мероприятий в соответствии с целями, установленными пунктом 3 части 3 настоящей статьи, осуществляется также территориальными фондами.**

Изменение пункта 1 части 7 статьи 51

старая редакция

1) в 2012 году размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения не может быть менее фактического размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году и 25 процентов разницы между размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанным в соответствии с частью 2 статьи 23 настоящего Федерального закона, и фактическим размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году;

новая редакция

1) в 2012 году размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения не может быть менее фактического размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году и 25 процентов разницы между размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанным в соответствии с частью 2 статьи 23 настоящего Федерального закона, и фактическим размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году, **если иное не установлено федеральным законом о бюджете федерального фонда на очередной финансовый год и плановый период;**

Дополнение статьи 51 частью 12.1. См. текст новой редакции

12.1. В 2012 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011 – 2012 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт или переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, предусмотренный пунктом 3 части 12.2 настоящей статьи (далее – договор). В целях осуществления единовременных компенсационных выплат в 2012 году из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов предоставляются иные межбюджетные трансферты из расчета один миллион рублей на одного указанного медицинского работника.

Дополнение статьи 51 частью 12.2. См. текст новой редакции

В связи с большим объемом введенной структурной единицы в данном обзоре ее текст не приводится.

Дополнение статьи 51 частью 12.3. См. текст новой редакции

12.3. Средства, поступившие в бюджет субъекта Российской Федерации от возврата части единовременной компенсационной выплаты в соответствии с подпунктом "в" пункта 3 части 12.2 настоящей статьи, подлежат возврату в течение трех рабочих дней в бюджет территориального фонда для последующего перечисления в течение трех рабочих дней в бюджет Федерального фонда.

Дополнение статьи 51 частью 12.4. См. текст новой редакции

12.4. Предоставление иных межбюджетных трансфертов, предусмотренных частью 12.1 настоящей статьи, из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов осуществляется в соответствии с заявками территориальных фондов в пределах бюджетных ассигнований, утвержденных Правительством Российской Федерации, при условии предоставления отчетности по форме и в порядке, которые установлены Федеральным фондом.

Дополнение статьи 51 частью 12.5. См. текст новой редакции

12.5. Контроль за использованием средств, предусмотренных на финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, осуществляется Федеральным фондом, территориальными фондами, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, Счетной палатой Российской Федерации.

Дополнение статьи 51 частью 15. См. текст новой редакции

15. В 2011 году правила обязательного медицинского страхования утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Дополнение статьи 51 частью 16. См. текст новой редакции

16. В субъектах Российской Федерации, в которых в 2010 году структура тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования включала в себя расходы на приобретение оборудования, в 2011 - 2012 годах в структуру тарифа на оплату медицинской помощи могут включаться расходы на приобретение оборудования стоимостью более ста тысяч рублей за единицу, при этом предельная стоимость оборудования, расходы на приобретение которого могут включаться в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, определяется соглашением, предусмотренным частью 2 статьи 30 настоящего Федерального закона.

Редакция от 14.06.2011

Редакция подготовлена на основе изменений, внесенных Федеральным законом от 14.06.2011 N 136-ФЗ. См. справку к редакции.

Изменение части 2 статьи 11

старая редакция

новая редакция

2. Страхователями для неработающих граждан, указанных в пункте 5 статьи 10 настоящего

2. Страхователями для неработающих граждан, указанных в пункте 5 статьи 10 настоящего

Федерального закона, являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Федерального закона, являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, **иные организации, определенные Правительством Российской Федерации.** Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.
