



Российская Федерация
Приказ от 21 июня 2013 года № 396Н

О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н

Принят
21 июня 2013 года
Министерством здравоохранения Российской Федерации

Зарегистрирован
23 сентября 2013 года № 30004
Министерством юстиции Российской Федерации

В ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ,
УТВЕРЖДЕННЫЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ОТ 28 ФЕВРАЛЯ 2011 Г. N 158Н

Приказываю:

Внести изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 г., регистрационный N 19998), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 августа 2011 г. N 897н "О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 августа 2011 г., регистрационный N 21609), приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. N 1036н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2011 г., регистрационный N 22053), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 марта 2013 г. N 160н "О внесении изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 мая 2013 г., регистрационный N 28480), согласно приложению.

Министр

В.И.СКВОРЦОВА

Приложение к Приказу от 21 июня 2013 года № 396Н,30004 . Изменение

Изменения, которые вносятся в правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н

1. В сноске к пункту 1 Правил после слов "ст. 3529" дополнить словами "N 49, ст. 7047, ст. 7057; 2012, N 31, ст. 4322; N 49, ст. 6758)".

2. В пункте 4 слово "обращение" заменить словами "подачи заявления".

3. В пункте 6:

абзац первый после слов "в выбранную им страховую медицинскую организацию" дополнить словами "или иные организации, уполномоченные субъектом Российской Федерации (далее - иные организации)";

подпункт 3 дополнить словами "(при подаче заявления в страховую медицинскую организацию)";

дополнить подпунктом 3.1 следующего содержания:

"3.1) наименование страховой медицинской организации, в которой лицо застраховано на дату подачи заявления (при подаче заявления в иную организацию)".

4. Дополнить Правила пунктами 6.1 и 6.2 следующего содержания:

"6.1. При подаче заявления с указанием формы полиса - электронный в составе универсальной электронной карты - застрахованному лицу необходимо не позднее 5 рабочих дней после подачи заявления в страховую медицинскую организацию подать заявление о выдаче универсальной электронной карты в уполномоченную организацию субъекта Российской Федерации, определенную для обеспечения выпуска, выдачи и обслуживания универсальных электронных карт (далее - уполномоченная организация субъекта Российской Федерации).

Выдача изготовленной универсальной электронной карты осуществляется в уполномоченной организации субъекта Российской Федерации.

В случае если в течение 5 рабочих дней с даты подачи заявления сведения о подаче застрахованным лицом заявления о выдаче универсальной электронной карты не поступят из уполномоченной организации субъекта Российской Федерации в территориальный фонд, то застрахованному лицу будет изготовлен полис обязательного медицинского страхования в форме бумажного бланка (далее - бумажный полис). Выдача изготовленного бумажного полиса осуществляется в страховой медицинской организации или иной организации, в которую было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации.

6.2. Обращение застрахованного лица в иные организации с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации осуществляется исключительно в случае выбора страховой медицинской организации, в которой он был застрахован ранее. В данном случае временное свидетельство, предусмотренное пунктом 34 настоящих Правил, не выдается."

5. Пункт 7 изложить в следующей редакции:

"7. Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации оформляется в письменной форме или машинописным способом и подается (направляется) непосредственно в страховую медицинскую организацию/иную организацию или передается с использованием информационно-коммуникационных сетей общего пользования, в том числе сети Интернет, через официальный сайт территориального фонда."

6. Пункт 10 изложить в следующей редакции:

"10. Принятое заявление заверяется подписью представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации/иной организации, руководителем страховой медицинской организации/иной организации, печатью страховой медицинской организации/иной организации."

7. Пункт 13 изложить в следующей редакции:

"13. Сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов, 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 <11>. 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. <12>".

8. Пункт 21 изложить в следующей редакции:

"21. В субъектах Российской Федерации, где осуществляется использование универсальной электронной карты, полис обеспечивается федеральным электронным приложением, содержащимся в универсальной электронной карте, в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2010 г. N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг <16>" или может быть представлен в форме бумажного бланка (далее - бумажный полис) или в форме пластиковой карты с электронным носителем (далее - электронный полис). До введения в субъектах Российской Федерации универсальных электронных карт полис может быть представлен в форме бумажного полиса или в форме электронного полиса."

9. Пункт 30 изложить в следующей редакции:

"30. В соответствии с частью 2 статьи 51 Федерального закона полисы, выданные лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию до дня вступления в силу Федерального закона, являются действующими до замены их на полисы единого образца, в том числе в форме универсальной электронной карты. С 1 мая 2011 года выдача полисов застрахованным лицам осуществляется в соответствии с настоящей главой Правил."

10. В пункте 34 слово "получение" заменить словом "подача".

11. В пункте 51 исключить слова "и через единый портал государственных услуг".

12. Пункт 52 изложить в следующей редакции:

"52. Застрахованные лица обязаны 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 <17>. В случаях изменения фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, осуществляется переоформление полиса."

13. Пункт 76 изложить в следующей редакции:

"76. В день получения документов согласно пункту 75 настоящих Правил территориальный фонд осуществляет проверку их на соответствие сведениям, предусмотренным пунктом 73 настоящих Правил, при установлении соответствия вносит данную страховую медицинскую организацию в реестр

страховых медицинских организаций с присвоением реестрового номера и размещает на своем официальном сайте в сети Интернет сведения, предусмотренные подпунктами 2, 3, 5, 10, 11, 12 пункта 72 настоящих Правил. Представитель страховой медицинской организации вправе присутствовать при проверке соответствия документов и сведений, указанных в уведомлении."

14. Пункт 95 изложить в следующей редакции:

"95. В день получения документов согласно пункту 94 настоящих Правил территориальный фонд осуществляет проверку их на соответствие сведениям, предусмотренным пунктом 92 настоящих Правил, при установлении соответствия данных вносит медицинскую организацию в реестр медицинских организаций и присваивает реестровый номер. Представитель медицинской организации вправе присутствовать при проверке соответствия документов и сведений, указанных в уведомлении."

15. Пункт 101 после слов "в течение одного" и пункт 120 после слов "не позднее трех" дополнить словом "рабочий" в соответствующих числе и падеже.

16. В пунктах 106, 107, 131, 132 слова "исполнительный орган Фонда социального страхования" в соответствующих числе и падеже заменить словами "территориальный орган Фонда социального страхования" в соответствующих числе и падеже.

17. Пункт 107 после слов "соответствующим страховым медицинским организациям" дополнить словами "и (или) другим территориальным фондам".

18. Подпункт 5 пункта 121 дополнить подпунктами "г" и "д" следующего содержания:

"г) средства в размере 10 процентов экономии, полученные в соответствии с условиями договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

д) средства для выплаты вознаграждения страховой медицинской организации за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи;"

19. Пункт 130.2 изложить в следующей редакции:

"В соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает в бюджет территориального фонда штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки исполнения требований территориального фонда. 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."

20. Абзац первый пункта 133 после слова "счета" дополнить словами "(реестра счетов)".

21. Пункт 171 дополнить абзацем следующего содержания:

"Стоимость медицинской помощи рассчитывается на основании тарифов, утвержденных для медицинской организации, находящейся за пределами Российской Федерации в субъекте Российской Федерации, первым принявшим уведомление о включении в реестр медицинских организаций, и объемов оказанной медицинской помощи в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации на дату выставления счета."

22. Пункт 175 изложить в следующей редакции:

"175. Территориальный фонд по месту страхования застрахованного лица в течение 25 рабочих дней с даты получения счета в электронном виде осуществляет оплату медицинской помощи с учетом

результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по тарифам и способам оплаты медицинской помощи на дату завершения случая оказания медицинской помощи, за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда и направляет в медицинскую организацию, находящуюся за пределами Российской Федерации, соответствующее извещение об оплате, в котором указываются позиции реестра, не принятые к оплате или частично оплаченные, а также сведения о результатах проведенного контроля и экспертиз."

23. Пункт 181 изложить в следующей редакции:

"181. Медицинская организация, находящаяся за пределами Российской Федерации, представляет отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в территориальный фонд, в реестр медицинских организаций которого она включена."

24. В приложении N 1 к Правилам:

пункт 3 изложить в следующей редакции:

"3. В состав Комиссии на паритетных началах входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации.";

в пункте 4:

подпункт 2 после слов "между медицинскими организациями" дополнить словами "(за исключением медицинских организаций, находящихся за пределами Российской Федерации, включенные в реестр медицинских организаций) до 1 января года, на который осуществляется распределение";

подпункт 3 после слова "тарифов" дополнить словами "осуществляет рассмотрение тарифов и формирование тарифного соглашения, с указанием размеров санкций, применяемым к медицинским организациям в соответствии с законодательством Российской Федерации;"