



**ПЕРМСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ**
УНИВЕРСИТЕТ АКАДЕМИКА ВАГНЕРА

Е.Я. Титова

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

16+

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Пермский государственный медицинский
университет имени академика Е.А. Вагнера»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Е.Я. Титова

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

*Утверждено центральным координационным методическим советом
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера
Минздрава России в качестве учебного пособия*

Пермь
2024

УДК 616 – 058:368(075.8)

ББК 51.1я73

Т45

Рецензенты:

академик РАН, заслуженный деятель науки РФ,
научный руководитель ФБУН «ФНЦ медико-профилактических технологий
управления рисками здоровью населения»
д-р мед. наук, проф. **Н.В. Зайцева;**

зав. кафедрой предпринимательства и экономической безопасности
Пермского государственного национального исследовательского университета,
д-р экон. наук, проф. **М.Н. Руденко.**

Титова, Е.Я.

Т45 Обязательное медицинское страхование: учеб. пособие /
Е.Я. Титова; ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера
Минздрава России. – Пермь, 2024. – 1,01 Мб. – 1 электрон.
опт. диск (CD-R). – Систем. требования: ПК, процессор Intel(R)
Celeron(R) и выше, частота 2.80 ГГц; монитор Super VGA
с раз-реш. 1280×1024, отображ. 256 и более цв.; 1024 Mb RAM;
Windows XP и выше; AdobeAcrobat 8.0 и выше; CD-дисковод;
клавиатура; мышь. – Текст (визуальный) : электронный.

ISBN 978-5-7812-0732-9

Пособие посвящено вопросам организации в современных условиях обязательного медицинского страхования в медицинских организациях любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы, а также предназначено для индивидуальных предпринимателей, занимающихся частной медицинской практикой, имеющих право на осуществление медицинской деятельности и включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС.

Предназначено для студентов и аспирантов всех факультетов.

Печатается по решению ЦКМС ФГБОУ ВО ПГМУ
им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России
Протокол № 3 от 22.03.2023 г.

УДК 616 – 058:368(075.8)

ББК 51.1я73

ISBN 978-5-7812-0732-9

© ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика
Е.А. Вагнера Минздрава России, 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	6
ВВЕДЕНИЕ	7
ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	9
1.1. Основные понятия	9
1.2. Основные принципы обязательного медицинского страхования	10
1.3. Правовые основы обязательного медицинского страхования	11
ГЛАВА 2. СУБЪЕКТЫ И УЧАСТНИКИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	13
2.1. Субъекты и участники обязательного медицинского страхования	13
2.2. Застрахованные лица	13
2.3. Страхователи	15
2.4. Страховщик	16
2.5. Территориальные фонды	16
2.6. Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования	17
2.7. Медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования	20
ГЛАВА 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, СТРАХОВАТЕЛЕЙ, СТРАХОВЫХ МЕДИ- ЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	24
3.1. Права и обязанности застрахованных лиц	24
3.2. Права и обязанности страхователей	28
3.3. Права и обязанности страховых медицинских организаций	30
3.4. Права и обязанности медицинских организаций	31
ГЛАВА 4. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	33

4.1. Средства обязательного медицинского страхования	33
4.2. Состав бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов	38
4.3. Субвенции для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации	45
4.4. Формирование средств страховой медицинской организации и их расходование	46
4.5. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию	48
4.6. Возмещение расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью	50
4.7. Оплата расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произо- шедшего тяжелого несчастного случая на производстве	51
ГЛАВА 5. ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО И ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДОВ	52
5.1. Правовое положение, полномочия и органы управления Федерального фонда	52
5.2. Правовое положение, полномочия и органы управления территориального фонда	55
ГЛАВА 6. ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	60
6.1. Базовая программа обязательного медицинского страхования	60
6.2. Территориальная программа обязательного медицинского страхования	63
ГЛАВА 7. СИСТЕМА ДОГОВОРОВ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	68
7.1. Договоры в сфере обязательного медицинского страхования	68
7.2. Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования	68

7.3. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию	75
7.4. Договор на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования	79
ГЛАВА 8. КОНТРОЛЬ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ	83
8.1. Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи	83
8.2. Порядок применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи	86
8.3. Обжалование заключений страховой медицинской организации и Федерального фонда, заключений и решений территориального фонда по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи	87
ГЛАВА 9. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	89
9.1. Персонифицированный учет	89
9.2. Полис обязательного медицинского страхования	91
КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ	93
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	94
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	99
СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	100
Приложение 1. СРАВНЕНИЕ ЗАКОНОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ	101
Приложение 2. ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ	104

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДМС	– добровольное медицинское страхование
МО	– медицинская организация
ОМС	– обязательное медицинское страхование
РФ	– Российская Федерация
СМО	– страховые медицинские организации
ТФ	– территориальный фонд
ФФОМС	– Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

ВВЕДЕНИЕ

В условиях кризисного состояния здравоохранения и всей экономики страны для обеспечения социальной защиты в области охраны здоровья граждан в условиях перехода к рынку, увеличения объемов финансирования системы здравоохранения и повышения качества предоставления медицинской помощи в 1991 г. в России было введено обязательное медицинское страхование, предусматривающее бюджетно-страховую систему финансирования здравоохранения. Был принят Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (№ 1499-1 от 28 июня 1991 г.).

При разработке данного закона был учтен опыт других стран, а также дореволюционной России.

Однако принятый закон за 20 лет его реализации не позволил существенно улучшить положение системы здравоохранения и не создал действенных механизмов обеспечения прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи, гарантированных Конституцией РФ. Не были созданы условия, при которых центральным элементом системы обязательного медицинского страхования является застрахованный гражданин. Закрепление права выбора страховой медицинской организации одновременно за страхователем и гражданином привело к фактическому устранению граждан от участия в выборе страховой медицинской организации. Отсутствие требований об оплате медицинских услуг в сфере обязательного медицинского страхования по полному тарифу не дало возможности обеспечить право граждан на свободный выбор медицинской организации, вне зависимости от формы собственности.

Не были установлены требования к размеру страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающих граждан со стороны органов государственной власти субъектов Российской Федерации, что приводило к существенному различию финансового обеспечения оказания медицинской помощи и, как следствие, снижению качества и объема медицинской помощи, оказываемой в различных субъектах Российской Федерации.

Не был определен правовой статус Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования как субъектов системы обязательного медицинского страхования.

Отсутствие положения об единой базе данных застрахованных лиц в Российской Федерации привело к проблемам в предоставлении медицинской помощи за пределами субъекта Российской Федерации, в котором был застрахован гражданин.

Не были установлены нормы, раскрывающие права страховых медицинских организаций по контролю объемов, сроков и качества медицинской помощи. Несовершенной оказалась сама структура управления системой обязательного медицинского страхования.

В целях усовершенствования системы обязательного медицинского страхования в современных рыночных условиях принят Федеральный закон № 326-ФЗ от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в ред. Федерального закона от 14.06.2011 г. № 136-ФЗ) (далее – ФЗ № 326). Он в полном объеме вступил в силу с 01.01.2012 г. В дальнейшем в ФЗ № 326 неоднократно вносились правки, направленные на совершенствование системы ОМС в Российской Федерации. Последние правки были внесены 24.02.2021 г., в полном объеме новая редакция ФЗ № 326 вступает в силу с 01.01.2022 г. (прил. 1, 2).

Глава 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

1. **Обязательное медицинское страхование** – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

2. **Объект обязательного медицинского страхования** – страховой риск, связанный с возникновением страхового случая.

3. **Страховой риск** – предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

4. **Страховой случай** – совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

5. **Страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию (далее – страховое обеспечение)** – исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации.

6. **Страховые взносы на обязательное медицинское страхование** – обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

7. Застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с настоящим Федеральным законом.

8. Базовая программа обязательного медицинского страхования – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

9. Территориальная программа обязательного медицинского страхования – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.

1.2. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования (далее также – программы обязательного медицинского страхования).

2. Устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования.

3. Обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами.

4. Государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика.

5. Создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования.

6. Паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

1.3. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Законодательство об обязательном медицинском страховании основывается на Конституции Российской Федерации и состоит из Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона № 165-ФЗ от 16 июля 1999 г. «Об основах обязательного социального страхования», настоящего Федерального закона, других федеральных законов, законов субъектов Российской Федерации. Отношения, связанные с обязательным медицинским страхованием, регулируются также иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

2. В случае, если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные настоящим Федеральным законом, применяются правила международного договора Российской Федерации.

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.

3. В целях единообразного применения настоящего Федерального закона при необходимости могут издаваться соответствующие разъяснения в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

ГЛАВА 2. СУБЪЕКТЫ И УЧАСТНИКИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

2.1. СУБЪЕКТЫ И УЧАСТНИКИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Субъектами обязательного медицинского страхования являются

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) Федеральный фонд.

2. Участниками обязательного медицинского страхования являются

- 1) территориальные фонды;
- 2) страховые медицинские организации;
- 3) медицинские организации.

2.2. ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА

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 № 115-ФЗ от 25 июля 2002 г. «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»:

1) работающие по трудовому договору, в том числе руководители организаций, являющиеся единственными участниками (учредителями), членами организаций, собственниками их имущества, или по гражданско-правовому договору, предметом которого является 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;

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;

3) являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств;

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;

5) неработающие граждане:

а) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;

б) неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;

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

г) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости;

д) один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет;

е) трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;

ж) иные не работающие по трудовому договору и не указанные в подпунктах «а» – «е» настоящего пункта граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

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.

2.3. СТРАХОВАТЕЛИ

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

1) лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:

а) организации;

б) индивидуальные предприниматели;

в) физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;

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.

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.

2.4. СТРАХОВЩИК

1. Страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования.

2. **Федеральный фонд** – некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.

2.5. ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ФОНДЫ

1. Территориальные фонды – некоммерческие организации, созданные субъектами Российской Федерации в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации.

2. Территориальные фонды осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящим Федеральным законом.

3. Территориальные фонды осуществляют полномочия страховщика в части установленных территориальными программами обязательного медицинского страхования дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также дополнительных оснований, перечней страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

4. Для реализации полномочий, установленных настоящим Федеральным законом, территориальные фонды могут создавать филиалы и представительства.

2.6. СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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).

2. В состав учредителей (участников, акционеров) и органов управления страховой медицинской организации не вправе входить работники федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, органов местного самоуправления, уполномоченных на осуществление управления в сфере здравоохранения, Федерального фонда и территориальных фондов, медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию.

3. Страховые медицинские организации не вправе осуществлять иную, за исключением деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию, деятельность.

4. Страховые медицинские организации ведут отдельный 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.

5. Страховые медицинские организации ведут отдельный учет собственных средств и средств обязательного медицинского страхования, предназначенных для оплаты медицинской помощи.

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.

7. Страховые медицинские организации осуществляют свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенного между страховой медицинской организацией и медицинской организацией (далее – договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию).

8. Страховые медицинские организации отвечают по обязательствам, возникающим из договоров, заключенных в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями этих договоров.

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.

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.

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.

11. В случае, если на территориях субъектов Российской Федерации отсутствуют страховые медицинские организации, включенные в реестр страховых медицинских организаций, их полномочия осуществляются территориальным фондом до дня начала осуществления деятельности страховых медицинских организаций, включенных в реестр страховых медицинских организаций.

2.7. МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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 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):

1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;

2) индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

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

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

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, 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.

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.

3. Реестр медицинских организаций содержит наименования, адреса медицинских организаций и перечень услуг, оказываемых данными медицинскими организациями в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. Порядок ведения, форма и перечень сведений реестра медицинских организаций устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования. Реестр медицинских организаций ведется территориальным фондом, размещается в обязательном порядке на его официальном сайте в сети Интернет и может дополнительно опубликовываться иными способами.

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.

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

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

7. Медицинские организации, созданные в соответствии с законодательством Российской Федерации и находящиеся за пределами территории Российской Федерации, вправе оказывать виды медицинской помощи застрахованным лицам, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, за счет средств обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования.

ГЛАВА 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, СТРАХОВАТЕЛЕЙ, СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

3.1. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

1. Застрахованные лица имеют право:

1) на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;

б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования;

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

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

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;

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

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

7) защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;

8) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

9) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

2. Застрахованные лица обязаны:

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

2) подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;

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;

4) осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

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.

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 страховых медицинских организаций, включенных в реестр, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом на его официальном сайте в сети Интернет и может дополнительно опубликовываться иными способами.

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

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.

7. Страховые медицинские организации, указанные в части 6 настоящей статьи:

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;

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

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

3.2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЕЙ

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.

2. *Страхователь обязан:*

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

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

3. Страхователи, указанные в части 2 статьи 11 настоящего Федерального закона, обязаны представлять в территориальные фонды расчеты по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения в порядке, установленном частью 11 статьи 24 настоящего Федерального закона.

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.

5. Регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей, указанных в части 2 статьи 11 настоящего Федерального закона, осуществляются территориальными фондами в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, при этом:

1) регистрация в качестве страхователя осуществляется на основании заявления о регистрации, подаваемого не позднее 30 рабочих дней со дня вступления в силу решения высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации о наделении полномочиями страхователя (далее – наделение полномочиями);

2) снятие страхователя с регистрационного учета осуществляется на основании заявления о снятии с регистрационного учета в качестве страхователя, подаваемого в течение 10 рабочих дней со дня вступления в силу решения высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации о прекращении полномочий страхователя (далее – прекращение полномочий).

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

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

Ответственность за нарушение требований регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан

1. Нарушение страхователями, указанными в части 2 статьи 11 настоящего Федерального закона, срока подачи заявления о регистрации или о снятии с регистрационного учета в территориальные фонды влечет за собой наложение штрафа в размере пяти тысяч рублей.

2. Отказ в представлении или непредставление в установленный срок страхователями для неработающих граждан в терри-

ториальные фонды документов или копий документов, предусмотренных настоящим Федеральным законом и (или) иными нормативными правовыми актами, принятыми в соответствии с настоящим Федеральным законом, влечет за собой наложение штрафа в размере 50 рублей за каждый непредставленный документ.

3. В случае выявления нарушений, указанных в частях 1 и (или) 2 настоящей статьи, должностные лица Федерального фонда или территориальных фондов составляют акты о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании по форме, утвержденной Федеральным фондом.

4. Рассмотрение дел о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании и наложение штрафов в части регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан осуществляются должностными лицами Федерального фонда или территориальных фондов в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

5. Перечень должностных лиц Федерального фонда и территориальных фондов, уполномоченных составлять акты о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании, рассматривать дела о таких нарушениях и налагать штрафы в соответствии с частями 3 и 4 настоящей статьи утверждается Федеральным фондом.

6. Штрафы, начисленные в соответствии с настоящей статьей, зачисляются в бюджет Федерального фонда.

3.3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Права и обязанности страховых медицинских организаций определяются в соответствии с договорами, предусмотренными статьями 38 «Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования» и 39 «Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» настоящего Федерального закона.

3.4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

1. Медицинские организации имеют право:

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 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;

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.

2. Медицинские организации обязаны:

1) бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования;

2) вести в соответствии с настоящим Федеральным законом персонализированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

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;

4) предоставлять отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;

5) использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования;

б) размещать на своем официальном сайте в сети Интернет информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;

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 обязательного медицинского страхования;

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;

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;

8) выполнять иные обязанности в соответствии с настоящим Федеральным законом.

ГЛАВА 4. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

4.1. СРЕДСТВА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Средства обязательного медицинского страхования формируются за счет:

- 1) доходов от уплаты:
 - а) страховых взносов на обязательное медицинское страхование;
 - б) недоимок по взносам, налоговым платежам;
 - в) начисленных пеней и штрафов;
- 2) средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами, в части компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование;
- 3) средств бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемых в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации;
- 4) доходов от размещения временно свободных средств;
- 5) иных источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения

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 законодательством Российской Федерации о налогах и сборах.

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.

Размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения

1. Размер и порядок расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения устанавливаются федеральным законом.

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 неработающего населения, установленного федеральным законом.

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.

Период, порядок и сроки уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения

1. Расчетным периодом по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения признается календарный год.

2. Если страхователь был наделен полномочиями после начала календарного года, первым расчетным периодом для него является период со дня наделения его полномочиями до дня окончания данного календарного года.

3. Если у страхователя были прекращены полномочия до конца календарного года, последним расчетным периодом для него является период со дня начала этого календарного года до дня прекращения полномочий.

4. Если у страхователя, наделенного полномочиями после начала календарного года, прекращены полномочия до конца этого календарного года, расчетным периодом для него является период со дня наделения его полномочиями до дня прекращения полномочий.

5. В течение расчетного периода уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения осуществляется страхователями путем перечисления суммы ежемесячного обязательного платежа в бюджет Федерального фонда.

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.

7. Сумма ежемесячного страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, уплачиваемая страхователями, должна составлять одну двенадцатую годового объема бюджетных ассигнований, предусмотренного на указанные цели законом о бюджете субъекта Российской Федерации. При этом объем страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, уплаченных за год, не может быть меньше годового объема бюджетных ассигнований, предусмотренного законом о бюджете субъекта Российской Федерации.

8. Сумма страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, подлежащая перечислению, определяется в полных рублях. Сумма страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения менее 50 копеек отбрасывается, а сумма 50 копеек и более округляется до полного рубля.

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.

10. Страхователи обязаны вести учет средств, перечисляемых на обязательное медицинское страхование неработающего населения в Федеральный фонд.

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.

12. Отчетными периодами признаются первый квартал, полугодие, девять месяцев календарного года, календарный год.

Ответственность за нарушения в части уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения

1. В случае неуплаты или неполной уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в установленный срок производится взыскание недоимки по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, начисленных пеней и штрафов.

2. Пенями признается установленная настоящей статьей денежная сумма, которую страхователь должен выплатить в случае уплаты причитающихся сумм страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в более поздние сроки по сравнению с установленными настоящим Федеральным законом.

3. Сумма соответствующих пеней уплачивается помимо причитающихся к уплате сумм страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения и независимо от применения мер ответственности за нарушение законодательства Российской Федерации.

4. Пени начисляются за каждый календарный день просрочки исполнения обязанности по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения начиная со дня, следующего за установленным настоящим Федеральным законом сроком уплаты сумм страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

5. Страхователь самостоятельно начисляет пени на всю сумму недоимки за период просрочки и отражает ее в форме расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, утверждаемой уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

6. Не начисляются пени на сумму недоимки, которую страхователь не мог погасить в силу того, что в соответствии с законодательством Российской Федерации были приостановлены операции страхователя в органе Федерального казначейства. В этом случае пени не начисляются за весь период действия указанных обстоятельств.

7. Пени за каждый день просрочки определяются в процентах от неуплаченной суммы страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

8. Процентная ставка пеней принимается равной одной трехсотой действующей на день начисления пеней ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации.

9. Пени уплачиваются одновременно с уплатой сумм страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения или после уплаты таких сумм в полном объеме.

10. В случае, если последний день срока уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения совпадает с выходным и (или) нерабочим праздничным днем, пени начисляются начиная со второго рабочего дня, следующего после выходного и (или) нерабочего праздничного дня.

11. К страхователю, нарушающему порядок уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, применяются следующие санкции:

1) непредставление страхователем в установленный настоящим Федеральным законом срок расчета по начисленным и уплаченным

страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения по месту учета в территориальном фонде влечет взыскание штрафа в размере 2 % от суммы страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, подлежащей уплате или доплате на основе этого расчета, за каждый полный или неполный месяц со дня, установленного для его представления, но не более 5 % от указанной суммы и не менее одной тысячи рублей;

2) неуплата или неполная уплата сумм страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в результате неправильного исчисления этих страховых взносов влечет взыскание штрафа в размере 20 % неуплаченной суммы страховых взносов. Уплата штрафа не освобождает страхователя от выплаты суммы неуплаченных страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

12. В случае выявления нарушений законодательства об обязательном медицинском страховании, указанных в части 11 настоящей статьи, должностные лица Федерального фонда или территориальных фондов, перечень которых утвержден Федеральным фондом в соответствии с частью 5 статьи 18 настоящего Федерального закона, составляют акты о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании, рассматривают дела о нарушениях и налагают штрафы в соответствии с частями 3 и 4 статьи 18 настоящего Федерального закона.

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

4.2. СОСТАВ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА И БЮДЖЕТОВ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ

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

- 1) страховые взносы на обязательное медицинское страхование;
- 2) недоимки по взносам, налоговым платежам;

- 3) начисленные пени и штрафы;
- 4) средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами;
- 5) доходы от размещения временно свободных средств;
- 6) иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

2. Расходы бюджета Федерального фонда осуществляются в целях финансового обеспечения:

1) предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов для финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении переданных в соответствии с частью 1 статьи 6 настоящего Федерального закона полномочий;

2) исполнения расходных обязательств Российской Федерации, возникающих в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента Российской Федерации и (или) нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан;

3) выполнения функций органа управления Федерального фонда;

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.

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.

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.

4. Доходы бюджетов территориальных фондов формируются в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. К доходам бюджетов территориальных фондов относятся:

1) субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов;

2) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета Федерального фонда в соответствии с законодательством Российской Федерации (за исключением субвенций, предусмотренных пунктом 1 настоящей части);

3) платежи субъектов Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящим Федеральным законом;

4) платежи субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, в соответствии с настоящим Федеральным законом;

5) доходы от размещения временно свободных средств;

6) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации, в случаях, установленных законами субъекта Российской Федерации;

6.1) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются средства федерального бюджета, предоставляемые субъекту Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение медицинских организаций в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

7) начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению

в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации;

8) иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

5. Расходы бюджетов территориальных фондов осуществляются в целях финансового обеспечения:

1) выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования;

2) исполнения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента Российской Федерации и (или) нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан;

3) исполнения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих в результате принятия законов и (или) нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации;

4) ведения дела по обязательному медицинскому страхованию страховыми медицинскими организациями;

5) выполнения функций органа управления территориального фонда.

6. В составе расходов бюджета территориального фонда формируется нормированный 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;

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

5) для финансового обеспечения мер по компенсации медицинским организациям недополученных доходов в связи с сокращением объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

6.1. Нормированный страховой запас территориального фонда в части средств, направляемых на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, а также на осуществление расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, формируется за счет доходов бюджета территориального фонда, указанных в части 4 настоящей статьи.

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 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.

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

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

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

б) 35 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

в) 35 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

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

2) средств от применения страховыми медицинскими организациями к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи:

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

б) 35 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

в) 35 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

г) 25 % сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

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 территориального фонда на очередной год.

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

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 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.

6.7. Средства нормированного страхового запаса территориального фонда на цели, указанные в пункте 5 части 6 настоящей статьи, предоставляются территориальным фондом медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования, включенным в перечень, утверждаемый высшим 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.

7. Размер и порядок уплаты платежей субъекта Российской Федерации, указанных в пунктах 3 и 4 части 4 настоящей статьи, устанавливаются законом субъекта Российской Федерации.

8. Средства бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов не входят в состав иных бюджетов бюджетной системы Российской Федерации и изъятию не подлежат.

4.3. СУБВЕНЦИИ ДЛЯ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИЯХ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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 и условия распределения и предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов устанавливаются Правительством Российской Федерации.

2. Общий объем субвенций, предоставляемых бюджетам территориальных фондов, определяется исходя из численности застрахованных лиц, норматива финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования и других показателей, установленных в соответствии с указанным в части 1 настоящей статьи порядком.

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.

4. Субвенции на осуществление указанных в части 1 статьи 6 настоящего Федерального закона полномочий носят целевой характер и не могут быть использованы на другие цели.

5. Субвенции, предоставленные бюджетам территориальных фондов и использованные не по целевому назначению, возмещаются бюджету Федерального фонда в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

4.4. ФОРМИРОВАНИЕ СРЕДСТВ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ИХ РАСХОДОВАНИЕ

1. Целевые средства страховой медицинской организации формируются за счет:

1) средств, поступивших от территориального фонда на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

2) средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в соответствии со статьей 41 настоящего Федерального закона:

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

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

в) 50 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

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

3) средств, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в соответ-

ствии со статьей 31 настоящего Федерального закона в части сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

2. Страховая медицинская организация направляет медицинской организации целевые средства на оплату медицинской помощи по договорам на оказание и оплату медицинской помощи в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования.

3. Получение страховой медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования не влечет за собой перехода этих средств в собственность страховой медицинской организации, за исключением случаев, установленных настоящим Федеральным законом.

4. Собственными средствами страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования являются:

1) средства, предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию;

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

3) 15 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы; организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

4) средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в соответствии со статьей 31 настоящего Федерального закона, сверх сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

5. Формирование собственных средств страховой медицинской организации осуществляется в порядке, установленном договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

6. Операции со средствами обязательного медицинского страхования в страховой медицинской организации подлежат отражению в отчете об исполнении бюджета территориального фонда на основании отчетности страховой медицинской организации без внесения изменений в закон о бюджете территориального фонда.

Размещение временно свободных средств Федерального фонда и территориальных фондов

Порядок и условия размещения временно свободных средств Федерального фонда и территориальных фондов устанавливаются Правительством Российской Федерации.

4.5. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

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

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 статьей 76 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «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.

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, указанные 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.

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

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.

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.

4. Структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливается настоящим Федеральным законом.

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.

4.6. ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ ВСЛЕДСТВИЕ ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ЕГО ЗДОРОВЬЮ

1. Расходы, осуществленные в соответствии с настоящим 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.

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.

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.

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

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.

6. Юридические и физические лица, виновные в причинении вреда здоровью застрахованного лица, могут возмещать расходы на оплату оказанной медицинской помощи в досудебном порядке.

4.7. ОПЛАТА РАСХОДОВ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ ПРОИЗОШЕДШЕГО ТЯЖЕЛОГО НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ НА ПРОИЗВОДСТВЕ

1. Оплата расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется в соответствии с Федеральным законом № 125-ФЗ от 24 июля 1998 г. «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.

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.

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.

ГЛАВА 5. ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО И ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДОВ

5.1. ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ, ПОЛНОМОЧИЯ И ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА

1. Правовое положение Федерального фонда определяется федеральным законом о государственных социальных фондах, настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и Уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденным Правительством Российской Федерации.

2. Органами управления Федерального фонда являются правление Федерального фонда и председатель Федерального фонда.

3. Правление Федерального фонда является коллегиальным органом, определяющим основные направления деятельности Федерального фонда и осуществляющим текущий контроль за его деятельностью.

4. В состав правления Федерального фонда входят 11 человек. Руководитель уполномоченного федерального органа исполнительной власти и председатель Федерального фонда входят в состав правления Федерального фонда по должности. Состав правления Федерального фонда утверждается Правительством Российской Федерации по представлению руководителя уполномоченного федерального органа исполнительной власти.

5. Правление Федерального фонда возглавляет председатель правления Федерального фонда. Председателем правления Федерального фонда по должности является руководитель уполномоченного федерального органа исполнительной власти.

6. В состав правления Федерального фонда могут входить представители федеральных органов законодательной и исполнительной власти, общероссийских объединений работодателей, общероссийских объединений профсоюзов и иных общественных объединений. При включении в состав правления Федерального фонда представителей общероссийских объединений работодателей и общероссийских объединений профсоюзов они входят в состав правления Федерального фонда на паритетных началах.

7. Председатель Федерального фонда назначается на должность и освобождается от должности Правительством Российской Федерации по предложению руководителя уполномоченного федерального органа исполнительной власти.

8. Федеральный фонд:

1) участвует в разработке программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2) аккумулирует средства обязательного медицинского страхования и управляет ими, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

2.1) осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

3) получает из органа, осуществляющего контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное медицинское страхование, необходимую информацию для осуществления обязательного медицинского страхования;

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;

5) устанавливает формы отчетности и определяет порядок ведения учета и порядок ведения отчетности оказанной медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

6) издает нормативные правовые акты и методические указания в соответствии с полномочиями, установленными настоящим Федеральным законом;

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;

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;

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

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

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

11) ведет единый реестр экспертов качества медицинской помощи, включающий в себя сведения об экспертах качества медицинской помощи, которая оказывается медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, и финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 настоящего Федерального закона, и территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи;

12) ведет единый регистр застрахованных лиц;

13) вправе обрабатывать данные персонафицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонафицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации;

14) в пределах своих полномочий проводит проверку достоверности информации, предоставленной субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования, и проверку соблюдения требований к порядку и условиям ее предоставления, получения и использования;

15) обеспечивает в пределах своей компетенции защиту сведений, составляющих информацию ограниченного доступа;

16) осуществляет международное сотрудничество в сфере обязательного медицинского страхования;

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;

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

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

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

5.2. ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ, ПОЛНОМОЧИЯ И ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА

1. Правовое положение территориального фонда определяется федеральным законом о государственных социальных фондах, настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации.

2. Территориальный фонд осуществляет управление средствами обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, предназначенными для обеспечения гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования и в целях обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, а также решения иных задач, установленных настоящим Федеральным законом, положением о территориальном фонде, законом о бюджете территориального фонда.

3. Имущество территориального фонда, приобретенное за счет средств обязательного медицинского страхования, является государственной собственностью соответствующего субъекта Российской Федерации и используется территориальным фондом на праве оперативного управления.

4. Управление территориальным фондом осуществляется директором. Директор территориального фонда назначается на должность и освобождается от должности высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации по согласованию с Федеральным фондом.

5. Правление территориального фонда является коллегиальным органом, определяющим основные направления деятельности территориального фонда и осуществляющим текущий контроль за его деятельностью, а также иные полномочия в соответствии с федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними законами субъектов Российской Федерации. Состав правления территориального фонда утверждается высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации. Правление территориального фонда не вправе осуществлять административно-хозяйственные и организационно-распорядительные функции.

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.

7. Территориальный фонд осуществляет следующие полномочия страховщика:

1) участвует в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и определении тарифов на оплату медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации;

2) аккумулирует средства обязательного медицинского страхования и управляет ими, осуществляет финансовое обеспечение реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации,

формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования в порядке, установленном Федеральным фондом;

3) получает от органа, осуществляющего контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное медицинское страхование, необходимую информацию для осуществления обязательного медицинского страхования;

4) осуществляет администрирование доходов бюджета Федерального фонда, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, регистрирует и снимает с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан;

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;

6) утверждает для страховых медицинских организаций дифференцированные подушевые нормативы в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

7) предъявляет требования к страхователю, страховой медицинской организации и медицинской организации, в том числе в судебном порядке, в интересах застрахованного лица для защиты его прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования;

8) обеспечивает права граждан в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, информирование граждан о порядке обеспечения и защиты их прав в соответствии с настоящим Федеральным законом;

9) ведет территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи;

10) вправе предъявлять претензии и (или) иски к медицинской организации о возмещении имущественного или морального вреда, причиненного застрахованному лицу;

11) вправе предъявлять иск к юридическим или физическим лицам, ответственным за причинение вреда здоровью застрахованного лица, в целях возмещения расходов в пределах суммы, затраченной на оказание медицинской помощи застрахованному лицу;

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

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;

13) собирает и обрабатывает данные персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации;

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

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

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

16) ведет региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц;

17) обеспечивает в пределах своей компетенции защиту сведений, составляющих информацию ограниченного доступа;

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

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, 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.

9. Территориальный фонд субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам медицинскими организациями, созданными в соответствии с законодательством Российской Федерации и находящимися за пределами территории Российской Федерации, в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования.

ГЛАВА 6. ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

6.1. БАЗОВАЯ ПРОГРАММА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Базовая программа обязательного медицинского страхования – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации.

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

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.

3.1. В базовой программе обязательного медицинского страхования отдельно устанавливаются нормативы объемов предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими

организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти (специализированной, в том числе высокотехнологичной, в стационарных условиях и условиях дневного стационара), в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления указанной медицинской помощи, а также перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых указанными медицинскими организациями оказывается медицинская помощь.

3.2. Объемы 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 объемов оказываемой медицинской помощи за счет иных источников финансирования. Порядок распределения и перераспределения указанных объемов устанавливается Правительством Российской Федерации.

4. Страхование обеспечения в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

5. Права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, являются едиными на всей территории Российской Федерации.

6. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 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, оказываются в следующих случаях:

1) инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;

- 2) новообразования;
- 3) болезни эндокринной системы;
- 4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- 5) болезни нервной системы;
- 6) болезни крови, кроветворных органов;
- 7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- 8) болезни глаза и его придаточного аппарата;
- 9) болезни уха и сосцевидного отростка;
- 10) болезни системы кровообращения;
- 11) болезни органов дыхания;
- 12) болезни органов пищеварения;
- 13) болезни мочеполовой системы;
- 14) болезни кожи и подкожной клетчатки;
- 15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- 16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- 17) врожденные аномалии (пороки развития);
- 18) деформации и хромосомные нарушения;
- 19) беременность, роды, послеродовый период и аборт;
- 20) отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

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.

8. Правительство Российской Федерации вправе при утверждении базовой программы обязательного медицинского страхования устанавливать дополнительный перечень заболеваний и состояний, включаемых в базовую программу обязательного медицинского страхования в качестве случаев оказания медицинской помощи, и дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи к установленным настоящим Федеральным законом.

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.

9. Базовая программа обязательного медицинского страхования устанавливает требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

6.2. ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Территориальная программа обязательного медицинского страхования – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации. Территориальная программа обязательного медицинского страхования формируется в соответствии с требованиями, установленными базовой программой обязательного медицинского страхования.

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

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.

3. Норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования может превышать установленный базовой программой обязательного медицинского страхования норматив финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также в случае установления перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

4. Финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в случаях, указанных в части 3 настоящей статьи, осуществляется за счет платежей субъектов Российской Федерации, уплачиваемых в бюджет территориального фонда, в размере разницы между нормативом финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования и нормативом финансового обеспечения базовой программы

обязательного медицинского страхования с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

5. В случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, территориальная программа обязательного медицинского страхования должна предусматривать перечень направлений использования средств обязательного медицинского страхования.

6. Территориальная программа обязательного медицинского страхования в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования определяет на территории субъекта Российской Федерации способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, содержит реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, определяет условия оказания медицинской помощи в них, а также целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

7. Территориальная программа обязательного медицинского страхования может включать в себя перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования при условии выполнения требований, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.

8. При установлении территориальной программой обязательного медицинского страхования перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования территориальная программа обязательного медицинского страхования должна включать в себя также 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, значение норматива финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, условия оказания медицинской помощи в таких медицинских организациях.

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 медицинских профессиональных некоммерческих 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.

10. Объемы предоставления и 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 застрахо-

ванных 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.

11. Стоимость утвержденной территориальной программы обязательного медицинского страхования не может превышать размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленный законом о бюджете территориального фонда.

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.

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 № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «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.

ГЛАВА 7. СИСТЕМА ДОГОВОРОВ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

7.1. 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 в соответствии с настоящим Федеральным законом договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и (или) договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

7.2. ДОГОВОР О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. По договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, в соответствии с условиями, установленными территориальной программой обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств.

2. В договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности страховой медицинской организации:

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

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

3) представление в территориальный фонд заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

4) использование полученных по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования средств по целевому назначению;

5) возвращение остатка целевых средств после расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в территориальный фонд в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования;

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;

7) сбор, обработка данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечение их сохранности и конфиденциальности, осуществление обмена указанными сведениями между субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящим Федеральным законом;

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;

9) представление в территориальный фонд ежедневно (в случае наличия) данных о новых застрахованных лицах и сведений об изменении данных о ранее застрахованных лицах, а также ежемесячно до 20-го числа месяца, следующего за отчетным, отчетности об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц и иной отчетности в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;

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

11) раскрытие информации о своей деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом;

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

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

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

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

3. В договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования наряду с указанными в части 2 настоящей статьи положениями должны содержаться положения, предусматривающие следующие права страховой медицинской организации:

1) принятие участия в формировании территориальной программы обязательного медицинского страхования и в распределении объемов предоставления медицинской помощи посредством участия в комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии со статьей 36 настоящего Федерального закона;

2) участие в согласовании тарифов на оплату медицинской помощи;

3) изучение мнения застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи;

4) получение вознаграждения за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

5) привлечение экспертов качества медицинской помощи, требования к которым предусмотрены настоящим Федеральным законом;

6) осуществление иных предусмотренных настоящим Федеральным законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования прав.

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

1) предоставление страховой медицинской организации по поступившей от нее заявке целевых средств в пределах объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов, в порядке и на цели, которые предусмотрены настоящим Федеральным законом;

2) предоставление страховой медицинской организации средств, предназначенных на расходы для ведения дела по обязательному медицинскому страхованию, в пределах установленного нор-

матива, и средств, являющихся вознаграждением за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

3) предоставление страховой медицинской организации целевых средств из нормированного страхового запаса территориального фонда в случаях, установленных настоящим Федеральным законом;

4) осуществление контроля за деятельностью страховой медицинской организации, осуществляемой в соответствии с настоящим Федеральным законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

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

5. Территориальный фонд заключает со страховой медицинской организацией при наличии у нее списка застрахованных лиц договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

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

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

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

9. Основаниями для отказа в предоставлении страховой медицинской организации средств из нормированного страхового запаса территориального фонда сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной страховой медицинской организации являются:

1) наличие у страховой медицинской организации остатка целевых средств;

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

3) отсутствие средств в нормированном страховом запасе территориального фонда.

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

11. За использование не по целевому назначению страховой медицинской организацией целевых средств страховая медицинская организация обязана уплатить территориальному фонду за счет собственных средств штраф в размере 10 % от суммы средств, использованных не по целевому назначению.

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

13. За невыполнение условий договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи страховая медицинская организация обязана уплатить территориальному фонду штраф в размере 10 % от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на расходы для ведения дела по обязательному медицинскому страхованию страховой медицинской организации за период, в течение которого установлены данные нарушения.

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

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

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

17. После прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и на период до выбора в течение двух месяцев застрахованными лицами другой страховой медицинской организации и заключения с ней договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования территориальный фонд осуществляет обязанности и права, предусмотренные частями 2 и 3 настоящей статьи.

18. Территориальный фонд предоставляет страховой медицинской организации средства, предназначенные на расходы для ведения дела по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с нормативом, предусмотренным договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, в размере не менее 0,8 % и не более 1,1 % 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.

19. Форма типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по нормативно-правовому регулированию в сфере страховой деятельности.

7.3. ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ И ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

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.

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 программой обязательного медицинского страхования и в рамках объемов предоставления и финансового обеспечения, распределенных медицинской организации решением комиссии, медицинской помощи, 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.

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.

3. В договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности страховой медицинской организации:

1) получение от медицинских организаций сведений, необходимых для осуществления контроля за соблюдением требований к предоставлению медицинской помощи застрахованным лицам, информации о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи и иных сведений в объеме и порядке, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, обеспечение их конфиденциальности и сохранности, а также осуществление проверки их достоверности;

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;

3) организация оказания медицинской помощи застрахованному лицу в другой медицинской организации в случае утраты медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности.

4. В договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности медицинской организации:

1) предоставление сведений о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимых для проведения контроля объемов, сроков и качества предоставляемой медицинской помощи, о режиме работы этой организации, видах оказываемой медицинской помощи;

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

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

4) выполнение иных предусмотренных настоящим Федеральным законом и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию обязанностей.

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.

5. Страховые медицинские организации не вправе отказать в заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинской организации, выбранной застрахованным лицом и включенной в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

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 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.

7. За неоплату или несвоевременную оплату медицинской помощи, оказанной по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, страховая медицинская организация за счет собственных средств уплачивает медицинской организации пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения просрочки, от неперечисленных сумм за каждый день просрочки.

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.

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 % 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. 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.

10. При приостановлении или прекращении действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации или утрате медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию считается расторгнутым с момента приостановления действия лицензии или ее отзыва у страховой медицинской организации либо утраты медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности.

11. Форма типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по нормативно-правовому регулированию в сфере страховой деятельности.

7.4. ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ И ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Договор на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования заключается в установленном настоящим Федеральным законом порядке между включенной в единый реестр медицинских организаций меди-

цинской организацией, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, которой установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и Федеральным фондом.

2. По договору на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования медицинская организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти, обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках объемов предоставления медицинской помощи, распределенных указанной медицинской организации в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и по тарифам, установленным в соответствии с частью 3.1 статьи 30 настоящего Федерального закона, а Федеральный фонд обязуется оплатить указанную медицинскую помощь.

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

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

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

3) организация оказания медицинской помощи застрахованному лицу другой медицинской организацией в случае утраты медицинской

организацией, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, права на осуществление медицинской деятельности.

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

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

2) представление реестров счетов и счетов на оплату оказанной медицинской помощи;

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

4) выполнение иных предусмотренных настоящим Федеральным законом и договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования обязанностей.

5. Оплата медицинской помощи застрахованному лицу осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с частью 3.1 статьи 30 настоящего Федерального закона, на основании представленных медицинской организацией, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением уполномоченного федерального органа исполнительной власти.

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.

7. При утрате медицинской организацией, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, права на осуществление медицинской деятельности договор на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования считается расторгнутым с момента утраты медицинской организацией, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, права на осуществление медицинской деятельности.

8. Форма типового договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

ГЛАВА 8. КОНТРОЛЬ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

8.1. ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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.

2. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

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 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.

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.

5. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

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.

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.

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.

8. Медицинская организация не вправе препятствовать доступу экспертов к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и обязана предоставлять экспертам запрашиваемую ими информацию.

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

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.

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 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.

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.

8.2. ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ САНКЦИЙ К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ ЗА НАРУШЕНИЯ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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.

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 меди-

цинской 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.

3. Неоплата или неполная оплата медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества не освобождает медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного по вине медицинской организации, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

8.3. ОБЖАЛОВАНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЙ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА, ЗАКЛЮЧЕНИЙ И РЕШЕНИЙ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ПО ОЦЕНКЕ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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.

2. Претензия оформляется в письменной форме и направляется вместе с необходимыми материалами в территориальный фонд.

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.

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

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.

ГЛАВА 9. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРСНИФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

9.1. ПЕРСНИФИЦИРОВАННЫЙ УЧЕТ

Персонифицированный учет в сфере обязательного медицинского страхования (далее – персонифицированный учет) – организация и ведение учета сведений о каждом застрахованном лице в целях реализации прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Целями персонифицированного учета являются:

1) создание условий для обеспечения гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи надлежащего качества и в соответствующем объеме в рамках программ обязательного медицинского страхования;

2) создание условий для осуществления контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования;

3) определение потребности в объемах медицинской помощи в целях разработки программ обязательного медицинского страхования.

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.

Порядок ведения персонифицированного учета определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

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.

При ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществляются сбор, обработка, передача и хранение следующих сведений:

- 1) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица;
- 2) сведения о медицинской организации, оказавшей медицинские услуги;
- 3) виды оказанной медицинской помощи;
- 4) условия оказания медицинской помощи;
- 4.1) формы оказания медицинской помощи;
- 5) сроки оказания медицинской помощи;
- 6) объемы оказанной медицинской помощи;
- 7) стоимость оказанной медицинской помощи;
- 8) диагноз;
- 9) профиль оказания медицинской помощи;
- 10) сведения о медицинских услугах, оказанных застрахованному лицу, и о примененных лекарственных препаратах;
- 11) примененные стандарты медицинской помощи;
- 12) сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинские услуги;
- 13) результат обращения за медицинской помощью;
- 14) результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

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.

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.

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.

9.2 ПОЛИС ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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

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

Порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования застрахованному лицу

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 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.

Приостановление действия полиса обязательного медицинского страхования, признание полиса обязательного медицинского страхования недействительным

Действие полиса обязательного медицинского страхования приостанавливается в случае призыва (поступления) на военную службу или приравненную к ней службу на срок прохождения застрахованным лицом указанной службы.

Полис обязательного медицинского страхования признается недействительным в случае:

1) прекращения гражданства Российской Федерации при отсутствии оснований для признания лица застрахованным лицом в соответствии с частью 1 статьи 10 настоящего Федерального закона – со дня поступления сведений в соответствии с пунктом 1 части 6 статьи 49 настоящего Федерального закона;

2) аннулирования вида на жительство в отношении иностранных граждан, лиц без гражданства – со дня поступления сведений в соответствии с пунктом 2 части 6 статьи 49 настоящего Федерального закона;

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;

4) утраты или лишения статуса беженца – со дня поступления сведений в соответствии с пунктом 4 части 6 статьи 49 настоящего Федерального закона.

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.

Федеральный фонд и территориальные фонды ежемесячно обеспечивают отражение сведений о полисах обязательного медицинского страхования, действие которых приостановлено, и недействительных полисах обязательного медицинского страхования в едином регистре застрахованных лиц в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Основные предпосылки введения в РФ ОМС и его реформирования.
2. Нормативные правовые акты, регулирующие деятельность МО по системе ОМС.
3. Основные принципы обязательного медицинского страхования.
4. Отличия ОМС от ДМС.
5. Финансирование МО по системе ОМС.
6. Субъекты и участники ОМС.
7. Права и обязанности субъектов и участников ОМС.
8. Федеральный и территориальные фонды ОМС, их функции.
9. СМО и их функции.
10. МО в системе ОМС, их лицензирование и аккредитация.
11. Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, базовая программа ОМС и территориальная программа ОМС, их значение.
12. Договоры в сфере обязательного медицинского страхования.
13. Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.
14. Персонифицированный учет в сфере ОМС.
15. Полис ОМС.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько верных ответов

1. ОМС ОТНОСИТСЯ

- 1) к социальному страхованию
- 2) к личному страхованию
- 3) к социальному и личному страхованию

2. ВИДЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, ПРЕДУСМОТ-РЕННЫЕ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ЗАКОНОМ РФ «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

- 1) обязательное медицинское страхование
- 2) ДМС
- 3) смешанное медицинское страхование
- 4) дополнительное медицинское страхование

3. В СООТВЕТСТВИИ С ФЕДЕРАЛЬНЫМ ЗАКОНОМ ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ К СУБЪЕКТАМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ

- 1) страхователи, застрахованные граждане, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
- 2) страховые медицинские организации, медицинские организации, страхователи
- 3) медицинские организации, территориальные фонды обязательного медицинского страхования
- 4) застрахованные граждане, медицинские организации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

4. ПОЛНОМОЧИЯ СТРАХОВЩИКА ВЫПОЛНЯЮТ

- 1) страховые медицинские организации, медицинские организации

- 2) Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, территориальные фонды обязательного медицинского страхования
- 3) предприятия всех форм собственности, территориальные фонды обязательного медицинского страхования
- 4) медицинские организации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
- 5) территориальные фонды ОМС, медицинские организации

5. В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ СТРАХОВЩИК ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ОБЯЗАННОСТИ

- 1) предоставлять медицинскую помощь застрахованным в соответствии с договорами по ОМС и ДМС, вносить страховые взносы в установленном порядке
- 2) аккумулировать средства ОМС и управлять ими, участвовать в разработке программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи
- 3) вносить страховые взносы в установленном порядке, предоставлять медицинскую помощь застрахованным в соответствии с договорами по ОМС и ДМС
- 4) вносить страховые взносы в установленном порядке

6. СТРАХОВАТЕЛЯМИ ПРИ ОМС ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, органы исполнительной власти субъектов РФ, индивидуальные предприниматели
- 2) общественные организации, индивидуальные предприниматели
- 3) органы исполнительной власти субъектов РФ, страховые медицинские организации
- 4) страховые медицинские организации, индивидуальные предприниматели
- 5) индивидуальные предприниматели, органы исполнительной власти субъектов РФ

7. К ПРАВАМ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ОТНОСЯТСЯ

- 1) выбор страховой медицинской организации, выбор врача, защита персональных данных
- 2) получение средств за оказанную медицинскую помощь, защита персональных данных
- 3) выбор врача, обжалование заключения страховой медицинской организации и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи
- 4) защита персональных данных, получение средств за оказанную медицинскую помощь
- 5) обжалование заключения страховой медицинской организации и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, защита персональных данных

8. К ОБЯЗАННОСТЯМ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ОТНОСЯТСЯ

- 1) предъявление полиса ОМС при обращении за медицинской помощью (исключение – экстренная медицинская помощь), подача в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявления о выборе страховой медицинской организации
- 2) регистрация и снятие с регистрационного учета в целях ОМС, подача в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявления о выборе страховой медицинской организации
- 3) подача в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявления о выборе страховой медицинской организации, осуществление своевременного и в полном объеме уплаты страховых взносов на ОМС
- 4) осуществление своевременного и в полном объеме уплаты страховых взносов на ОМС, предъявление полиса ОМС при обращении за медицинской помощью (исключение – экстренная медицинская помощь)

9. ТРУДОВЫЕ ПРАВООТНОШЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РЕГУЛИРУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ НОРМАТИВНЫМИ ДОКУМЕНТАМИ

- 1) Конституцией РФ
- 2) трудовым кодексом
- 3) трудовым договором (контрактом)

10. ОСНОВНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ ЯВЛЯЮТСЯ СРЕДСТВА

- 1) ОМС, бюджета
- 2) ОМС, ДМС
- 3) бюджета, ДМС
- 4) граждан, бюджета
- 5) благотворительных фондов, бюджета

11. БЕСПЛАТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ

- 1) бюджета, ОМС
- 2) ОМС; ДМС
- 3) ДМС, ОМС
- 4) предприятий и организаций, бюджета

12. ВЗНОС НА ОМС РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ ПЕРЕЧИСЛЯЕТСЯ В ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 1) работающими гражданами
- 2) работодателями
- 3) администрацией субъектов РФ
- 4) всеми гражданами

13. ВЗНОС НА ОМС НЕРАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ ПЕРЕЧИСЛЯЕТСЯ В ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 1) работающими гражданами
- 2) работодателями

- 3) органами исполнительной власти субъектов РФ
- 4) предприятиями и организациями

14. В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ МО ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОБЯЗАННОСТИ

- 1) бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ ОМС, вести персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам
- 2) своевременно и в полном объеме осуществлять уплату страховых взносов на ОМС
- 3) вести персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, своевременно и в полном объеме осуществлять уплату страховых взносов на ОМС
- 4) обжаловать заключения страховой медицинской организации и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, вести персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам

15. В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РЕЕСТР ИСПОЛНИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СФЕРЕ ОМС ПРИ НАЛИЧИИ СООТВЕТСТВУЮЩИХ ЛИЦЕНЗИЙ МОГУТ БЫТЬ ВКЛЮЧЕНЫ

- 1) государственные медицинские организации
- 2) муниципальные медицинские организации
- 3) частные медицинские организации
- 4) частнопрактикующие медицинские работники

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1	1	6	1	11	1
2	1	7	1	12	2
3	1	8	1	13	3
4	1	9	1, 2, 3	14	1
5	2	10	1	15	1, 2, 3, 4

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

1. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 608 с.
2. Организация медицинской помощи в Российской Федерации: учебник / под ред. В.А. Решетникова. – МИА, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 351–369.
3. Экономика здравоохранения : учебник / А.В. Решетников [и др.]; под общ. ред. А.В. Решетникова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 192 с.

Дополнительная

1. Конституция Российской Федерации (ст. 21, 41, п. «ж»; ст. 72, п. «в» ч. 1; ст. 114) // Российская газета. – № 237 (853). – 25.12.1993.
2. Федеральный Закон № 326-ФЗ от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в ред. ФЗ от 24.02.2021 г.) // Российская газета. – № 5353 (274). – 03.12.2010.
3. Федеральный закон Российской Федерации № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. – № 263 (5639). – 22.10.2011.
4. Постановление Правительства Российской Федерации № 2299 от 28.12.2020 г. «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов». – URL: publication.pravo.gov.ru (дата обращения 04.04.2024).
5. Постановление Правительства Пермского края от 20.01.2021 г. (в ред. 20.07.2021) № 10-п «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 г. и плановый период 2022 и 2023 годов». – URL: publication.pravo.gov.ru (дата обращения 04.04.2024).
6. Организация обязательного медицинского страхования в современных условиях: учеб. пособие для студентов / Г.М. Гайдаров, Н.Ю. Алексеева, С.В. Макаров, Н.Н. Абашии. – Иркутск: ИГМУ, 2016. – 108 с.

**СРАВНЕНИЕ ЗАКОНОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ**

Сравнительный анализ

**Федерального закона Российской Федерации № 326 от 29.11.2010 г.
«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
(далее – ФЗ № 326) и ранее действовавшего Закона Российской
Федерации № 1499-1 от 28.06.1991 г. (далее – Закон РФ № 1499-1)
«О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»**

Критерии	ФЗ № 326	Закон РФ № 1499-1
Структура документа	<ol style="list-style-type: none"> 1. Общие положения. 2. Полномочия Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования. 3. Субъекты обязательного медицинского страхования и участники обязательного медицинского страхования. 4. Права и обязанности застрахованных лиц, страхователей, страховых медицинских организаций и медицинских организаций. 5. Финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования. 6. Правовое положение Федерального фонда и территориальных фондов. 7. Программы обязательного медицинского страхования. 8. Система договоров в сфере обязательного медицинского страхования. 9. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. 10. Организация персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования. 11. Заключительные положения 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Общие положения. 2. Система медицинского страхования. 3. Деятельность страховых медицинских организаций. 4. Деятельность медицинских учреждений в системе медицинского страхования. 5. Регулирование отношений сторон в системе медицинского страхования

Продолжение таблицы

Критерии	ФЗ № 326	Закон РФ № 1499-1
Деятельность по организации ДМС	Не регулирует. ДМС с 01.01.2011 г. осуществляется в соответствии с требованиями Гражданского кодекса РФ и Закона РФ № 4015-1 от 27.11.1992 г. «Об организации страхового дела в Российской Федерации»	Регулировал
Субъекты системы ОМС	1. Застрахованные лица. 2. Страхователи. 3. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	1. Граждане. 2. Страхователи. 3. Страховые медицинские организации. 4. Медицинские учреждения
Участники ОМС	1. Территориальные фонды ОМС. 2. Страховые медицинские организации. 3. Медицинские организации	Не выделены. Фонды медицинского страхования были предназначены для финансирования страховой организацией медицинских и иных услуг, оказываемых по данному виду страхования
Заключение договора ОМС между субъектами ОМС	Не заключается	Заключался
Застрахованные лица	Содержит исчерпывающий перечень	Не содержал перечня
Страховщики	- Федеральный фонд ОМС – в рамках реализации базовой программы ОМС. - Территориальные фонды – в части реализации территориальных программ ОМС. - Страховые медицинские организации смогут осуществлять отдельные полномочия страховщика	Страховые медицинские организации

Окончание таблицы

Критерии	ФЗ № 326	Закон РФ № 1499-1
Включение в реестр страховых медицинских организаций	На основании уведомления, направляемого в территориальный фонд до 1 сентября предшествующего года	Не было прописано
Обеспечение публичности деятельности страховых медицинских организаций	Обязательная публикация на собственных официальных сайтах, в средствах массовой информации установленной законом информации	Не была предусмотрена
Порядок включения в реестр медицинских организаций	На основании уведомления, направляемого в территориальный фонд до 1 сентября предшествующего года. Территориальный фонд не вправе отказать во включении в реестр	Органы государственной власти субъектов РФ разрабатывали территориальные программы ОМС и утверждали перечень медицинских учреждений, работающих в системе ОМС
Виды договоров, заключаемых в системе ОМС	<p>- Договор о финансовом обеспечении ОМС (между территориальным фондом и страховой медицинской организацией при наличии у нее списка застрахованных лиц).</p> <p>- Договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (между страховой медицинской организацией и медицинской организацией по ОМС)</p>	Договора заключались между субъектами медицинского страхования (между страхователем и страховой медицинской организацией, между страховой медицинской организацией и медицинской организацией)
Последствия невыполнения условий договора о финансовом обеспечении ОМС для страховой медицинской организации	Неоплата или неполная оплата медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества не освобождает медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного по вине медицинской организации, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации	Материальная ответственность предусматривалась условиями договора

ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

ДМС – часть личного страхования и вид финансово-коммерческой деятельности, которую регулируют Гражданский кодекс Российской Федерации, Закон РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования (далее – ОМС и ДМС)

ОМС	ДМС
Некоммерческое	Коммерческое
Один из видов социального страхования	Один из видов личного страхования
Всеобщее массовое	Индивидуальное или групповое
Регламентируется ФЗ № 326 от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании»	Регламентируется Гражданским кодексом, Законом РФ «Об организации страхового дела в РФ»
Осуществляют государственные или контролируемые государством организации	Осуществляют страховые организации различных форм собственности
Правила страхования определяют государство	Правила страхования определяют страховые организации
Страхователи – работодатели, органы исполнительной государственной власти и местного самоуправления	Страхователи – юридические и физические лица
Осуществляют за счет взносов работодателей, государственного бюджета	Осуществляют за счет индивидуальных доходов застрахованных граждан, прибыли работодателей
Программу государственных гарантий (гарантированный минимум услуг) утверждают органы государственной власти	Программу государственных гарантий (гарантированный минимум услуг) определяют договором страховщика (СМО или СК) и страхователя

Окончание таблицы

ОМС	ДМС
Тарифы устанавливаются по единой утвержденной методике	Тарифы устанавливаются договором между страховщиком и страхователем
Систему контроля за качеством устанавливают государственные органы	Систему контроля за качеством устанавливают договором страхования
Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности – ОМС	Доходы могут быть использованы в любой коммерческой или некоммерческой деятельности
При наступлении страхового случая – субсидиарная ответственность	При наступлении страхового случая – возмещение суммы страхового взноса

Примечание: по материалам Ю.П. Лисицына, А.И. Вялкова, В.И. Стародубова, Ю.В. Михайловой

Учебное издание

Титова Елена Яковлевна

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Учебное пособие

Редактор Е. В. Егорова

Подписано к использованию 27.12.2024 г.

Тираж 50 экз.

Центр публикационной активности
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера
Минздрава России
614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 27

Минимальные системные требования:

ПК, процессор Intel(R) Celeron(R) и выше, частота 2.80 ГГц; монитор Super VGA с разреш. 1280×1024, отображ. 256 и более цв.; 1024 Mb RAM; Windows XP и выше; Adobe Acrobat 8.0 и выше; CD-дисковод; клавиатура, мышь