

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

«ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ»

ГЛАВА 1

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

СТАТЬЯ 1

Предмет регулирования настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон устанавливает основы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации, регулирует отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, определяет правовое положение субъектов обязательного медицинского страхования, основания возникновения и гарантии осуществления их прав и обязанностей, а также ответственность субъектов обязательного медицинского страхования.

СТАТЬЯ 2

Понятие обязательного медицинского страхования

1. Обязательное медицинское страхование представляет собой конституционную гарантию бесплатной медицинской помощи – систему отношений по формированию средств обязательного медицинского страхования за счет обязательных страховых взносов и иных источников, предусмотренных настоящим Федеральным законом, а также по оказанию за счет этих средств застрахованным гражданам медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования при наступлении страхового случая, определенного настоящим Федеральным законом.
2. Объектом обязательного медицинского страхования являются имущественные интересы граждан, связанные с охраной здоровья в части оказания им медицинской помощи за счет страховых взносов и иных источников, предусмотренных настоящим Федеральным законом.

СТАТЬЯ 3

Основные понятия

Для целей настоящего Федерального закона используются следующие понятия:

гарантированная медицинская помощь – финансируемая за счет средств обязательного медицинского страхования медицинская помощь, бесплатно оказываемая застрахованным гражданам при наступлении страхового случая в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, а также федеральными и территориальными программами дополнительного медицинского страхования;

страхователи по обязательному медицинскому страхованию (далее – страхователи) – плательщики страховых взносов на застрахованных граждан:

органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации – для неработающего населения; организации, физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей, частные нотариусы, адвокаты, физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками и уплачивающие на них страховые взносы; физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей, частные нотариусы, адвокаты, иные физические лица, уплачивающие за себя страховые взносы самостоятельно, физические лица, выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения;

- дения, на которые в соответствии с законодательством Российской Федерации начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования, – для работающего населения;
- страховые медицинские организации* – юридические лица, созданные в соответствии с законодательством Российской Федерации в целях осуществления обязательного медицинского страхования и имеющие разрешение (лицензию) на осуществление обязательного медицинского страхования;
- медицинские организации* – юридические лица, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности. Положения настоящего Федерального закона, предусмотренные в отношении медицинской организации, распространяются также на физических лиц, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности и осуществляющих такую деятельность без образования юридического лица;
- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования* – государственное учреждение, создаваемое Правительством Российской Федерации в целях обеспечения равенства при реализации конституционного права граждан на гарантированную медицинскую помощь на территории Российской Федерации и возглавляющее единую централизованную систему органов управления средствами обязательного медицинского страхования;
- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования* – государственное учреждение, создаваемое Правительством Российской Федерации в целях управления денежными средствами, предназначенными для выравнивания условий финансирования базовой программы обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации, финансирования федеральных программ дополнительного медицинского страхования, и осуществляющее иные функции по реализации обязательного медицинского страхования, предусмотренные настоящим Федеральным законом;
- дирекция территориального фонда обязательного медицинского страхования* – государственное учреждение, создаваемое в соответствии с настоящим Федеральным законом в целях обеспечения реализации конституционного права граждан на гарантированную медицинскую помощь на территории субъекта Российской Федерации, в том числе путем исполнения бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования, и входящее в единую централизованную систему органов управления средствами обязательного медицинского страхования;
- фонд обязательного медицинского страхования* – государственное учреждение, создаваемое в соответствии с настоящим Федеральным законом в целях финансового обеспечения обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, управления средствами, предназначенными для реализации федеральных и территориальных программ дополнительного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, и осуществляющее иные функции по реализации обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, предусмотренные настоящим Федеральным законом;
- территориальный фонд обязательного медицинского страхования* – фонд денежных средств, предназначенный для финансового обеспечения обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации;
- страховые взносы на обязательное медицинское страхование (далее – страховые взносы)* – особые целевые обязательные платежи, являющиеся формой отчуждения денежных средств страхователей для обеспечения частных и публичных интересов по обязательному медицинскому страхованию, которые уплачиваются в Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования;
- средства обязательного медицинского страхования* – денежные средства из определенных настоящим Федеральным законом источников, предназначенные для оплаты гарантированной медицинской помощи, формирования средств на ведение дела Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, дирекциями территориальных фондов обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями и иных целей в соответствии с настоящим Федеральным законом;



стоимость страхового года – сумма денежных средств, минимально необходимая на один финансовый год для осуществления обязательного медицинского страхования застрахованного гражданина.

СТАТЬЯ 4

Субъекты обязательного медицинского страхования

Субъектами обязательного медицинского страхования являются застрахованные граждане, страхователи, страховые медицинские организации, медицинские организации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и подведомственные ему дирекции территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

СТАТЬЯ 5

Застрахованный гражданин

1. Застрахованными по обязательному медицинскому страхованию гражданами являются граждане Российской Федерации, а также постоянно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане и лица без гражданства, имеющие в соответствии с настоящим Федеральным законом право на гарантированную медицинскую помощь:
 - 1) относящиеся к работающему населению, а именно:
 - а) работающие по трудовому договору или по договору гражданско-правового характера, предметом которого являются выполнение работ и (или) оказание услуг, а также по авторскому и лицензионному договору, за исключением лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы;
 - б) самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, частные детективы, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты);
 - в) члены крестьянских (фермерских) хозяйств;
 - г) члены родовых, семейных общин малочисленных народов Севера, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования;
 - 2) относящиеся к неработающему населению.
2. Не являются застрахованными по обязательному медицинскому страхованию лица, работающие либо проходящие военную службу в федеральных органах исполнительной власти, освобожденных от уплаты налога в части, зачисляемой в фонды обязательного медицинского страхования.

СТАТЬЯ 6

Страховой случай

1. Страховым случаем по обязательному медицинскому страхованию являются заболевание или иное состояние здоровья застрахованного гражданина, требующее предоставления ему гарантированной медицинской помощи.
2. Не является страховым случаем по обязательному медицинскому страхованию профессиональное заболевание, а также заболевание или иное состояние здоровья застрахованного гражданина, возникшие в связи с несчастным случаем на производстве, если предоставление медицинской помощи гражданам в указанных случаях предусмотрено законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Суммы, израсходованные на оплату гарантированной медицинской помощи застрахованному гражданину, необходимость получения которой возникает в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, возмещаются Фондом социального страхования Российской Федерации за счет средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в порядке и в сроки, установленные федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

СТАТЬЯ 7

Страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию

1. Страховым обеспечением по обязательному медицинскому страхованию является организация предоставления и оплата гарантированной медицинской помощи застрахованному гражданину.



2. В случае сочетания обязательного и дополнительного медицинского страхования, осуществляемого за счет средств граждан или организаций, страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию осуществляется в соответствии с положениями главы 6 настоящего Федерального закона.

СТАТЬЯ 8

Программы обязательного медицинского страхования

1. Базовая программа обязательного медицинского страхования содержит перечень видов, объемы, требования к порядку и условиям оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным гражданам на территории субъекта Российской Федерации. Базовая программа обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации разрабатывается и утверждается органами государственной власти субъекта Российской Федерации в составе территориальной программы государственных гарантий медицинской помощи в соответствии с федеральным законом о государственных гарантиях медицинской помощи.
2. Российская Федерация и субъекты Российской Федерации вправе за счет дополнительных страховых взносов гарантировать определенным ими категориям застрахованных граждан дополнительную бесплатную медицинскую помощь, предоставляемую в объемах и на условиях, предусмотренных соответственно федеральными или территориальными программами дополнительного медицинского страхования.

Если иное не установлено настоящим Федеральным законом и принимаемыми в соответствии с ним иными правовыми актами, организация предоставления и оплата дополнительной медицинской помощи по федеральным и (или) территориальным программам дополнительного медицинского страхования осуществляется на тех же основаниях и в том же порядке, что и по обязательному медицинскому страхованию.

3. Федеральные или территориальные программы дополнительного медицинского страхования утверждаются соответственно РФ или субъектами РФ в составе федеральной или территориальной программы государственных гарантий медицинской помощи в соответствии с федеральным законом о государственных гарантиях медицинской помощи.

СТАТЬЯ 9

Полис обязательного медицинского страхования

1. Полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованных граждан на страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.
2. Полис обязательного медицинского страхования выдается застрахованному гражданину страховой медицинской организацией и находится у застрахованного гражданина.
3. Полис обязательного медицинского страхования содержит сведения о застрахованном гражданине, о страховой медицинской организации, выдавшей полис, идентификационный номер застрахованного гражданина в системе индивидуального (персонифицированного) учета, а также другие данные в соответствии со статьей 42 настоящего Федерального закона, предусматривающие его автоматизированную обработку.
4. Форма полиса обязательного медицинского страхования, порядок выдачи полисов застрахованным гражданам, а также требования к изготовлению, выдаче, возврату, обеспечению сохранности и учету бланков полисов обязательного медицинского страхования устанавливаются Правительством Российской Федерации в соответствии с настоящим Федеральным законом.

СТАТЬЯ 10

Регистрация страхователей при обязательном медицинском страховании

Регистрация страхователей при обязательном медицинском страховании осуществляется в дирекциях территориальных фондов обязательного медицинского страхования:

страхователей – организаций и индивидуальных предпринимателей – в пятидневный срок с момента представления в дирекции территориальных фондов обязательного медицинского страхования федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, сведений,



содержащихся соответственно в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и представляемых в порядке, установленном Правительством Российской Федерации;

страхователей – частных нотариусов по месту их жительства (в случае осуществления ими деятельности в другом месте – по месту осуществления этой деятельности) на основании представляемого в срок не позднее 30 дней со дня получения лицензии на право нотариальной деятельности заявления о регистрации в качестве страхователя и представляемых одновременно с заявлением копий лицензии на право нотариальной деятельности, документов, удостоверяющих личность страхователя и подтверждающих его регистрацию по месту жительства, а также постановку его на учет в налоговом органе;

страхователей-адвокатов по месту их жительства на основании представляемого в срок не позднее 30 дней со дня выдачи удостоверения адвоката заявления о регистрации в качестве страхователя и представляемых одновременно с заявлением копий удостоверения адвоката, документов, удостоверяющих личность страхователя и подтверждающих его регистрацию по месту жительства;

страхователей – физических лиц, заключивших трудовые договоры с работниками, а также выплачивающих по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые в соответствии с законодательством РФ начисляются страховые взносы, по месту жительства указанных физических лиц на основании заявления о регистрации в качестве страхователя, представляемого в срок не позднее 30 дней со дня заключения соответствующих договоров;

страхователей – органов государственной власти и органов местного самоуправления, осуществляющих обязательное медицинское страхование своих работников, на основании заявления о регистрации в качестве страхователя, представляемого в срок не позднее 30 дней со дня их учреждения;

страхователей – органов государственной власти субъектов РФ, осуществляющих обязательное медицинское страхование неработающего населения, на основании заявления о регистрации в качестве страхователя, представляемого в срок не позднее 30 дней со дня их учреждения.

Порядок регистрации страхователей в дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования и форма свидетельства о регистрации страхователя устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования.

ГЛАВА 2

ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗАСТРАХОВАННЫХ ГРАЖДАН, СТРАХОВАТЕЛЕЙ, СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

СТАТЬЯ 11

Права и обязанности застрахованных граждан

1. Застрахованный гражданин вправе:
 - 1) выбирать (заменять) страховую медицинскую организацию и требовать от нее выдачи полиса обязательного медицинского страхования в порядке и в сроки, определенные правилами обязательного медицинского страхования;
 - 2) в порядке, предусмотренном законодательством о государственных гарантиях медицинской помощи и правилами обязательного медицинского страхования, выбирать медицинские организации для получения амбулаторной медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию из числа медицинских организаций, с которыми у страховой медицинской организации заключены договоры о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также выбирать участкового врача или врача общей практики (семейного врача), оказывающего первичную медицинскую помощь;
 - 3) получать бесплатно от медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, сведения об оказанной медицинской помощи (включая сведения о видах, объемах и стоимости оказанных медицинских услуг), а также выписки из медицинской документации;



- 4) получать бесплатно от страховой медицинской организации сведения о порядке осуществления обязательного медицинского страхования, о медицинских организациях, с которыми у страховой медицинской организации заключены договоры о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в объеме, предусмотренном законодательством о защите прав потребителей в отношении информации об исполнителях услуг;
 - 5) требовать от страховой медицинской организации возмещения понесенных расходов, связанных с получением необходимой медицинской помощи, возникших в связи с неисполнением либо ненадлежащим исполнением страховой медицинской организацией обязанностей по организации медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
 - 6) осуществлять защиту своих законных прав и интересов в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе через суд;
 - 7) участвовать через своих представителей в управлении обязательным медицинским страхованием в соответствии с законодательством Российской Федерации;
 - 8) осуществлять иные права, предусмотренные законодательством Российской Федерации.
2. Застрахованный гражданин обязан по требованию медицинской организации предъявлять полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью.
 3. С момента рождения застрахованный гражданин закрепляется за страховой медицинской организацией, в которой застрахована его мать, а если мать не является застрахованной по обязательному медицинскому страхованию либо невозможно установить страховую медицинскую организацию, в которой она застрахована, – за страховой медицинской организацией, выбранной законными представителями новорожденного.
 4. Право застрахованного гражданина на выбор (замену) страховой медицинской организации реализуется путем направления заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в выбранную (выбранную вновь) страховую медицинскую организацию, осуществляющую обязательное медицинское страхование в субъекте РФ по месту жительства застрахованного гражданина. Правилами обязательного медицинского страхования определяется частота, с которой застрахованный гражданин может воспользоваться своим правом на замену страховой медицинской организации.

При направлении указанного заявления в страховую медицинскую организацию застрахованный гражданин выбирает медицинскую организацию для получения амбулаторной помощи, а также участкового врача или врача общей практики (семейного врача), оказывающего первичную медицинскую помощь.

При подаче заявления застрахованным гражданином лично установление его личности осуществляется страховой медицинской организацией. При направлении заявления иным способом установление личности застрахованного гражданина и проверка подлинности его подписи осуществляются нотариусом либо должностными лицами консульских учреждений РФ в случаях, если застрахованный гражданин находится за пределами территории РФ.

В случае замены одной страховой медицинской организации на другую ранее выданный полис обязательного медицинского страхования подлежит сдаче вновь выбранной страховой медицинской организации при получении нового полиса обязательного медицинского страхования. Заменяемая страховая медицинская организация уведомляется о закреплении застрахованного гражданина за вновь выбранной страховой медицинской организацией в порядке, предусмотренном частью 2 статьи 37 настоящего Федерального закона.

СТАТЬЯ 12

Права, обязанности и ответственность страхователей

1. Страхователи имеют право:
 - 1) участвовать через своих представителей в управлении обязательным медицинским страхованием в порядке, установленном настоящим Федеральным законом и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами;



2) получать по просьбе застрахованных ими граждан от страховой медицинской организации и медицинской организации необходимую информацию, а также защищать права и законные интересы застрахованных ими граждан, в том числе в судебном порядке.

2. Страхователи обязаны:

- 1) регистрироваться в дирекциях территориальных фондов обязательного медицинского страхования;
- 2) своевременно и в полном объеме уплачивать страховые взносы.
3. Объектом обложения страховыми взносами и базой для начисления страховых взносов, уплачиваемых на обязательное медицинское страхование работающих граждан, являются объект налогообложения и налоговая база по единому социальному налогу, установленные главой 24 Налогового кодекса Российской Федерации.

Сроки уплаты страховых взносов страхователями работающего населения, а также ответственность за неуплату или ненадлежащую уплату страховых взносов устанавливаются законодательством Российской Федерации о налогах и сборах.

4. Страхователи неработающего населения уплачивают страховые взносы в размере, устанавливаемом в соответствии с частью 5 статьи 23 настоящего Федерального закона. Порядок и сроки уплаты страховых взносов страхователями неработающего населения определяются правилами обязательного медицинского страхования.

По истечении установленных сроков уплаты страховых взносов невнесенная сумма считается недоимкой и взыскивается с указанных страхователей с начислением пеней. К недоимке также относится сумма задолженности, выявленная при проверке плательщика страховых взносов. Пени начисляются за каждый день просрочки уплаты страховых взносов в размере 0,1 процента суммы недоимки. Начисление пеней производится начиная со следующего дня по истечении срока уплаты страховых взносов и по день уплаты включительно.

СТАТЬЯ 13

Особенности правового положения и регулирования деятельности страховой медицинской организации

1. Страховая медицинская организация осуществляет свою деятельность в соответствии с требованиями, включая требования по обеспечению финансовой устойчивости, предусмотренными законодательством Российской Федерации о страховании в отношении страховых организаций и настоящим Федеральным законом.

Страховые медицинские организации вправе осуществлять.

2. В качестве учредителей (акционеров, участников) страховой медицинской организации не могут выступать органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, государственные внебюджетные фонды, медицинские организации, участвующие в системе обязательного медицинского страхования, а также их объединения.

Должностные лица и иные работники указанных органов, государственных внебюджетных органов, медицинских организаций и их объединений не могут входить в состав органов управления страховой медицинской организации.

3. Страховая медицинская организация вправе осуществлять обязательное медицинское страхование на всей территории Российской Федерации, за исключением случаев, когда по заявлению страховой медицинской организации в ее лицензии на осуществление обязательного медицинского страхования указаны конкретные субъекты Российской Федерации, на территории которых страховая медицинская организация осуществляет свою деятельность.

В последнем случае страховая медицинская организация осуществляет обязательное медицинское страхование только в отношении застрахованных граждан, имеющих место жительства на территории указанных в лицензии субъектов Российской Федерации.

СТАТЬЯ 14

Права, обязанности и ответственность страховой медицинской организации

1. Страховая медицинская организация имеет право:



- 1) выбирать медицинские организации для заключения договоров о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- 2) заключать договоры о финансировании обязательного медицинского страхования с дирекциями территориальных фондов обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации, в которых страховая медицинская организация осуществляет деятельность по обязательному медицинскому страхованию;
- 3) принимать участие в разработке базовой программы обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, а также федеральных и территориальных программ дополнительного медицинского страхования через объединения страховых медицинских организаций;
- 4) принимать участие в согласовании тарифов на медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию через объединения страховых медицинских организаций;
- 5) получать от органа, осуществляющего ведение индивидуального (персонифицированного) учета по обязательному медицинскому страхованию, сведения о регистрации застрахованных граждан в порядке, предусмотримом в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 6) получать от медицинских организаций информацию о действующих лицензиях на осуществление медицинской деятельности, распорядке работы, иную необходимую информацию об организации предоставления медицинской помощи; данные индивидуального (персонифицированного) учета оказанной застрахованным гражданам медицинской помощи; сведения (включая сведения, содержащиеся в медицинской документации), необходимые для осуществления контроля соблюдения требований к предоставлению медицинской помощи застрахованным гражданам; иные сведения в объеме и в порядке, определенном договором о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- 7) осуществлять экспертизу объемов и качества предоставляемой медицинской организацией гарантированной медицинской помощи застрахованным гражданам;
- 8) вносить предложения в органы исполнительной власти, осуществляющие государственное управление здравоохранением, о совершенствовании организации медицинской помощи, предоставляемой по обязательному медицинскому страхованию;
- 9) осуществлять иные права, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

2. Страховая медицинская организация обязана:

- 1) предоставлять страховое обеспечение застрахованному гражданину по страховым случаям, наступившим с момента выдачи ему страхового полиса обязательного медицинского страхования. Страховая медицинская организация обязана организовать предоставление застрахованному гражданину гарантированной медицинской помощи в медицинских организациях, выбранных им в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 2) в случае отказа в предоставлении застрахованному гражданину гарантированной медицинской помощи при поступлении от него соответствующего уведомления незамедлительно принять необходимые меры по организации предоставления требуемой медицинской помощи;
- 3) при поступлении заявления застрахованного гражданина о выборе (замене) страховой медицинской организации:

если застрахованный гражданин не получал ранее полиса обязательного медицинского страхования, либо в двухдневный срок уведомить о поступившем заявлении орган, осуществляющий ведение индивидуального (персонифицированного) учета по обязательному медицинскому страхованию, и выдать застрахованному гражданину полис обязательного медицинского страхования в 10-дневный срок со дня поступления заявления;

в случае замены страховой медицинской организации и предоставления ранее выданного полиса обязательного медицинского страхования уведомить о поступившем заявлении орган, осуществляющий ведение индивидуального (персонифицированного) учета по обязательному медицинскому страхованию, и выдать застрахованному гражданину полис обязательного медицинского страхования в день получения заявления;



- 4) возмещать дирекциям территориальных фондов обязательного медицинского страхования расходы по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам вне субъекта Российской Федерации, на территории которого постоянно проживает застрахованный гражданин. Указанные расходы возмещаются по тарифам на медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, применяемым в субъекте Российской Федерации по месту жительства застрахованного гражданина;
 - 5) рассматривать жалобы застрахованных граждан, принимать по ним необходимые меры по устранению нарушений прав застрахованных граждан и информировать их об этом;
 - 6) контролировать соблюдение медицинскими организациями требований к объему, качеству, порядку и условиям оказания медицинской помощи застрахованным гражданам, а также обоснованность ее предоставления. Работники страховой медицинской организации и иные специалисты, привлекаемые для осуществления такого контроля, должны иметь высшее медицинское образование и обладать необходимыми специальными знаниями;
 - 7) обеспечивать защиту прав застрахованных граждан, связанных с обязательным медицинским страхованием, в том числе по их поручению представлять их интересы в суде;
 - 8) осуществлять взыскание расходов по оказанию медицинской помощи застрахованному гражданину с лиц, ответственных за причинение вреда его жизни или здоровью, в соответствии с частью 3 настоящей статьи;
 - 9) бесплатно информировать застрахованного гражданина о порядке предоставления гарантированной медицинской помощи в медицинских организациях, с которыми у страховой медицинской организации заключены договоры о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в объеме и в порядке, предусмотренном законодательством о защите прав потребителей в отношении информации об исполнителях услуг;
 - 10) выполнять требования к обязательному предоставлению, получению и использованию информации в системе индивидуального (персонифицированного) учета по обязательному медицинскому страхованию, обеспечивать защиту персональных данных о застрахованных гражданах в соответствии с законодательством Российской Федерации;
 - 11) осуществлять планирование своей деятельности по обязательному медицинскому страхованию на основе показателей базовой программы обязательного медицинского страхования и в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;
 - 12) предоставлять дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования отчет в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;
 - 13) исполнять иные обязанности в соответствии с законодательством Российской Федерации.
3. Если страховой случай возник вследствие причинения вреда жизни или здоровью застрахованного гражданина, к страховой медицинской организации переходит его право требовать от ответственного за вред лица возмещения понесенных расходов в пределах предоставленного застрахованному гражданину страхового обеспечения по обязательному медицинскому страхованию.
4. За неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязанностей, установленных настоящим Федеральным законом, страховая медицинская организация и ее должностные лица несут ответственность в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

СТАТЬЯ 15

Права, обязанности и ответственность медицинских организаций

1. Медицинская организация имеет право:
 - 1) принимать участие в согласовании тарифов на медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию через объединения медицинских организаций;
 - 2) принимать участие в разработке базовой программы обязательного медицинского страхования через объединения медицинских организаций;
 - 3) требовать оплаты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным гражданам, в отношении которых медицинской организацией не заключен договор о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в случаях, определенных правилами



ми обязательного медицинского страхования. Такая медицинская помощь оплачивается по тарифам, действующим в субъекте Российской Федерации, на территории которого находится медицинская организация. Медицинская помощь застрахованным гражданам, место жительства которых находится на территории другого субъекта Российской Федерации, оплачивается дирекцией территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту нахождения оказавшей медицинскую помощь медицинской организации;

- 4) осуществлять иные права, предусмотренные законодательством Российской Федерации.
2. Медицинская организация обязана:
 - 1) предоставлять застрахованным гражданам гарантированную медицинскую помощь в соответствии с договорами со страховыми медицинскими организациями о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
 - 2) оказывать гражданам экстренную медицинскую помощь, предусмотренную базовой программой обязательного медицинского страхования, независимо от предъявления ей гражданином полиса обязательного медицинского страхования в момент обращения за этой помощью и (или) наличия заключенных в их отношении договоров о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
 - 3) вести индивидуальный (персонифицированный) учет оказанной медицинской помощи по видам, объемам, стоимости и по иным параметрам в соответствии с законодательством Российской Федерации и договором о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
 - 4) бесплатно предоставлять застрахованному гражданину по его требованию сведения об оказанной медицинской помощи, в том числе сведения о видах, объемах и стоимости оказанных медицинских услуг; бесплатно предоставлять выписки из медицинской документации;
 - 5) предоставлять страховой медицинской организации информацию о лицензиях на осуществление медицинской деятельности, распорядке работы, иную необходимую информацию об организации предоставления медицинской помощи; данные индивидуального (персонифицированного) учета оказанной застрахованным гражданам медицинской помощи; первичную медицинскую документацию, необходимую для осуществления контроля соблюдения медицинской организацией требований к предоставлению медицинской помощи застрахованным гражданам; иные сведения в объеме и в порядке, определенном договором о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
 - 6) обеспечивать необходимые условия для осуществления контроля со стороны страховой медицинской организации за соблюдением медицинской организацией требований к предоставлению медицинской помощи застрахованным гражданам, в том числе обеспечивать доступ специалистов, привлекаемых страховыми медицинскими организациями, на территорию медицинской организации, к медицинской документации и иным сведениям, относящимся к оказанию медицинской помощи застрахованным гражданам;
 - 7) исполнять иные обязанности в соответствии с законодательством Российской Федерации.
3. Не допускаются действия органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, направленные на ограничение круга медицинских организаций, с которыми страховыми медицинскими организациями могут быть заключены договоры о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.
4. За неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязанностей, установленных настоящим Федеральным законом, медицинская организация и ее должностные лица несут ответственность в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

СТАТЬЯ 16

Правила обязательного медицинского страхования

Условия и порядок реализации прав и обязанностей субъектов обязательного медицинского страхования, предусмотренных настоящим Федеральным законом, устанавливаются в правилах обязательного медицинского страхования, определяющих:



- 1) положения в отношении реализации застрахованным гражданином своих прав на выбор (замену) медицинской организации для получения амбулаторной медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, участкового врача или врача общей практики (семейного врача), оказывающего первичную медицинскую помощь; на компенсацию понесенных расходов, связанных с получением необходимой медицинской помощи, в случае, предусмотренном пунктом 5 части 1 статьи 11 настоящего Федерального закона; на получение полиса обязательного медицинского страхования; на получение информации от страховой медицинской организации; иных прав;
- 2) условия и порядок оплаты медицинской помощи застрахованным гражданам, в отношении которых медицинской организацией не заключен договор со страховой медицинской организацией о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- 3) порядок и сроки уплаты страховых взносов страхователями неработающего населения;
- 4) условия договора о финансировании обязательного медицинского страхования, в том числе в отношении:
 - порядка и условий заключения, прекращения договора о финансировании, внесения в него изменений и дополнений;
 - порядка передачи средств по договору о финансировании, случаев и порядка возврата излишне перечисленных средств;
 - предельной нормативной стоимости медицинской помощи в расчете на одного застрахованного гражданина, условий и порядка возмещения повышенных расходов на оказание медицинской помощи застрахованным гражданам, превышающих указанную предельную стоимость;
 - доли компенсируемых дирекцией территориального фонда обязательного медицинского страхования расходов страховой медицинской организации, возникающих вследствие превышения фактических суммарных расходов по оплате медицинской помощи в отчетном периоде над суммой средств, переданных страховой медицинской организации в управление;
 - части доходов от инвестирования страховой медицинской организацией переданных ей в управление средств обязательного медицинского страхования, составляющей вознаграждение страховой медицинской организации;
 - планирования страховой медицинской организацией своей деятельности по обязательному медицинскому страхованию, форм, сроков и порядка предоставления плана деятельности страховой медицинской организации, отчета об использовании переданных в доверительное управление средств обязательного медицинского страхования;
 - санкций за неисполнение или ненадлежащее исполнение сторонами обязательств по договору;
- 5) условия договора о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в том числе в отношении:
 - порядка его заключения, внесения в него изменений, порядка и оснований прекращения его действия в отношении отдельных застрахованных граждан и в целом;
 - порядка и методов оплаты гарантированной медицинской помощи;
 - порядка осуществления контроля за соблюдением медицинскими организациями требований к объему, качеству, порядку и условиям оказания медицинской помощи застрахованным гражданам, а также обоснованности ее предоставления;
- 6) требования к изготовлению, выдаче, возврату, обеспечению сохранности и учету бланков полисов обязательного медицинского страхования;
- 7) порядок регистрации страхователей в дирекциях территориальных фондов обязательного медицинского страхования, а также форму свидетельства о регистрации страхователя;
- 8) перечни представляемой в обязательном порядке документированной информации, порядок и условия ее предоставления, получения и использования субъектами обязательного медицинского страхования, а также органы и организации, ответственные за сбор и обработку сведений индивидуального (персонифицированного) учета;
- 9) порядок и сроки возмещения Фондом социального страхования Российской Федерации Федеральному фонду обязательного медицинского страхования сумм, израсходованных на



оплату медицинской помощи в связи со страховым случаем по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в соответствии с частью 2 статьи 6 настоящего Федерального закона;

- 10) порядок прекращения страховой медицинской организацией деятельности по обязательному медицинскому страхованию на территории субъекта Российской Федерации;
- 11) порядок реализации субъектами обязательного медицинского страхования иных своих прав и обязанностей, предусмотренных настоящим Федеральным законом.

Правительство Российской Федерации утверждает правила обязательного медицинского страхования, типовую форму договора о финансировании обязательного медицинского страхования, типовую форму договора о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, форму полиса обязательного медицинского страхования.

ГЛАВА 3

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ДИРЕКЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

СТАТЬЯ 17

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и дирекции территориальных фондов обязательного медицинского страхования

1. Основными задачами Федерального фонда обязательного медицинского страхования и дирекций территориальных фондов обязательного медицинского страхования являются:
аккумуляция страховых взносов;
обеспечение оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам по базовой программе обязательного медицинского страхования, а также по федеральным и территориальным программам дополнительного медицинского страхования;
контроль целевого и рационального использования средств обязательного медицинского страхования;
обеспечение финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования;
защита прав и законных интересов застрахованных граждан.
2. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и дирекции территориальных фондов обязательного медицинского страхования действуют в соответствии с настоящим Федеральным законом, иными федеральными законами и своими уставами.
Устав Федерального фонда обязательного медицинского страхования, а также порядок создания и типовой устав дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования утверждаются Правительством Российской Федерации.
3. Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования ежегодно утверждается федеральным законом.
4. Бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования ежегодно утверждается законом субъекта Российской Федерации.

СТАТЬЯ 18

Функции Федерального фонда обязательного медицинского страхования

При осуществлении деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом Федеральный фонд обязательного медицинского страхования выполняет следующие функции:

- 1) осуществляет управление средствами обязательного медицинского страхования в целях выравнивания условий финансирования обязательного медицинского страхования на территории Российской Федерации, а также финансового обеспечения иных своих функций;
- 2) координирует деятельность дирекций территориальных фондов обязательного медицинского страхования;
- 3) участвует в разработке проектов федеральной программы государственных гарантий, федеральных программ дополнительного медицинского страхования, федеральных законов о бюджете Фе-



- дерального фонда обязательного медицинского страхования и об его исполнении и иных нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования;
- 4) осуществляет контроль за целевым и рациональным использованием средств обязательного медицинского страхования дирекциями территориальных фондов обязательного медицинского страхования;
 - 5) получает у налоговых и иных государственных органов необходимую для осуществления обязательного медицинского страхования информацию о страхователях и застрахованных гражданах, включая сведения, составляющие налоговую тайну;
 - 6) организует расчеты между дирекциями территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной вне субъекта Российской Федерации, в котором находится место жительства застрахованного гражданина; возмещает дирекциям территориальных фондов обязательного медицинского страхования часть расходов по оплате медицинской помощи в указанных случаях исходя из разницы тарифов на медицинскую помощь в субъекте Российской Федерации, где она была оказана, и в субъекте Российской Федерации, где находится место жительства застрахованного гражданина;
 - 7) обращается в арбитражный суд в интересах дирекций территориальных фондов обязательного медицинского страхования с требованиями об уплате страхователями – органами государственной власти субъектов Российской Федерации недоимок и пени по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения;
 - 8) ежегодно публикует в средствах массовой информации отчет о своем финансовом состоянии, достоверность которого подтверждена аудиторской организацией;
 - 9) ведет учет средств, поступающих на цели обязательного медицинского страхования;
 - 10) бесплатно консультирует граждан, страхователей, страховые медицинские организации и медицинские организации по вопросам обязательного медицинского страхования;
 - 11) обобщает практику применения законодательства об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации;
 - 12) осуществляет международные связи в области обязательного медицинского страхования;
 - 13) обращается в арбитражный суд в интересах дирекций территориальных фондов обязательного медицинского страхования с требованиями об уплате страхователями – органами государственной власти субъектов Российской Федерации недоимок и пени по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения;
 - 14) осуществляет контроль за своевременным и полным перечислением страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в территориальные фонды обязательного медицинского страхования;
 - 15) координирует свою деятельность с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения;
 - 16) осуществляет меры, направленные на повышение эффективности использования средств обязательного медицинского страхования;
 - 17) выполняет иные функции, предусмотренные настоящим Федеральным законом, иными федеральными законами и своим уставом.

СТАТЬЯ 19

Функции дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования

При осуществлении деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом дирекция территориального фонда обязательного медицинского страхования выполняет следующие функции:

- 1) управляет принадлежащими ему средствами в соответствии с настоящим Федеральным законом и законом субъекта Российской Федерации;
- 2) участвует в разработке проектов базовой программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, проектов территориальных программ дополнительного медицинского страхования, проектов законов субъекта Российской Федерации о бюд-



- жете территориального фонда обязательного медицинского страхования и об его исполнении и проектов иных нормативных правовых актов субъекта Российской Федерации по вопросам обязательного медицинского страхования;
- 3) участвует в согласовании тарифов на медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, применяемых на территории субъекта Российской Федерации;
 - 4) осуществляет контроль за своевременным и полным перечислением страховых взносов на неработающее население, взыскивает недоимки и пени по указанным страховым взносам в судебном порядке;
 - 5) проводит у страхователей проверки, связанные с представлением сведений индивидуального (персонифицированного) учета застрахованных граждан, требует и получает у страхователей необходимые сведения по вопросам, возникающим в ходе указанных проверок;
 - 6) требует от руководителей и других должностных лиц организаций, а также от физических лиц, которые самостоятельно уплачивают страховые взносы на обязательное медицинское страхование, устранения выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;
 - 7) получает у налоговых и иных государственных органов необходимую для осуществления своих функций информацию о страхователях и застрахованных гражданах, включая сведения, составляющие налоговую тайну;
 - 8) заключает со страховыми медицинскими организациями договоры о финансировании обязательного медицинского страхования;
 - 9) при совмещении обязательного и дополнительного медицинского страхования осуществляет страховое обеспечение в соответствии с главой 6 настоящего Федерального закона;
 - 10) оплачивает медицинскую помощь, оказанную на территории субъекта Российской Федерации застрахованным гражданам, имеющим место жительства на территории других субъектов Российской Федерации; осуществляет расчеты со страховыми медицинскими организациями и с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования по возмещению расходов по оплате медицинской помощи в указанном случае;
 - 11) предъявляет в интересах застрахованных граждан требования к страхователю, страховой медицинской организации и медицинской организации, в том числе в судебном порядке, связанные с защитой прав и законных интересов застрахованных граждан;
 - 12) получает от медицинских организаций информацию об объемах, стоимости и иных характеристиках планируемой и фактически оказанной медицинской помощи застрахованным гражданам;
 - 13) в целях осуществления контроля качества и объемов медицинской помощи проводит экспертизу оказанной медицинской организацией помощи в случаях и в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения;
 - 14) ежегодно публикует в средствах массовой информации отчет о своем финансовом состоянии, достоверность которого подтверждена аудиторской организацией;
 - 15) обеспечивает целевое и рациональное использование средств обязательного медицинского страхования, осуществляет контроль их использования страховыми медицинскими организациями, в том числе осуществляет контроль обоснованности предоставления страхового обеспечения по обязательному медицинскому страхованию;
 - 16) осуществляет регистрацию страхователей в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;
 - 17) бесплатно консультирует граждан, страхователей, страховые медицинские организации и медицинские организации по вопросам обязательного медицинского страхования;
 - 18) обобщает практику применения законодательства об обязательном медицинском страховании на территории субъекта Российской Федерации;
 - 19) в соответствии с условиями договора о финансировании обязательного медицинского страхования осуществляет контроль деятельности страховых медицинских организаций по доверительному управлению переданными им средствами;



- 20) образует и ликвидирует филиалы на территории субъекта Российской Федерации по согласованию с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования;
- 21) взаимодействует с органами государственной исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения;
- 22) выполняет иные функции, предусмотренные настоящим Федеральным законом, иными федеральными законами и уставом дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования.

СТАТЬЯ 20

Органы управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования и дирекций территориальных фондов обязательного медицинского страхования

1. Органами управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования являются Совет директоров, возглавляемый Председателем, и Наблюдательный совет.
Органами управления дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования являются ее руководитель и Наблюдательный совет.
2. Председатель Совета директоров Федерального фонда обязательного медицинского страхования и его заместители назначаются на должность Правительством Российской Федерации.
Члены Совета директоров назначаются Председателем Совета директоров из числа руководителей дирекций территориальных фондов обязательного медицинского страхования.
3. Руководитель дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования и его заместители назначаются на должность Председателем Совета директоров Федерального фонда обязательного медицинского страхования по согласованию с органом государственной исполнительной власти субъекта Российской Федерации.
4. Наблюдательный совет Федерального фонда обязательного медицинского страхования является коллегиальным органом управления, который формируется на паритетных началах из представителей Правительства Российской Федерации, представителей общероссийских объединений профессиональных союзов и представителей общероссийских объединений работодателей.
Лица, представляющие общероссийские объединения профессиональных союзов, общероссийские объединения работодателей, Правительство Российской Федерации в составе Наблюдательного совета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, определяются каждым из них самостоятельно в соответствии с законодательством Российской Федерации, регулирующим их деятельность и уставами соответствующих объединений.
К компетенции Наблюдательного совета Федерального фонда обязательного медицинского страхования относятся:
 - 1) определение основных направлений деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования;
 - 2) рассмотрение проектов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной год и отчета об исполнении бюджета;
 - 3) ежеквартальное рассмотрение следующих основных вопросов:
о реализации основных направлений деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования;
об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования;
о подготовке проектов законодательных актов и иных нормативных правовых актов в области обязательного медицинского страхования;
 - 4) предварительное рассмотрение кандидатур для назначения на должности Председателя Совета директоров Федерального фонда обязательного медицинского страхования и его заместителей;
 - 5) осуществление текущего контроля деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в соответствии с его Уставом;
 - 6) иные полномочия, отнесенные к компетенции Наблюдательного совета Федерального фонда обязательного медицинского страхования Уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования.



Члены Наблюдательного совета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, за исключением работников Федерального фонда обязательного медицинского страхования, осуществляют свою деятельность на общественных началах.

Председатель Наблюдательного совета Федерального фонда обязательного медицинского страхования избирается членами Наблюдательного совета Федерального фонда обязательного медицинского страхования из своего состава простым большинством голосов от общего числа членов Наблюдательного совета.

Председатель Наблюдательного совета Федерального фонда обязательного медицинского страхования осуществляет общее руководство деятельностью Наблюдательного совета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в соответствии с Уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

5. Наблюдательный совет дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования является коллегиальным органом управления, который формируется на паритетных началах из представителей органов государственной власти субъекта Российской Федерации, представителей объединений профессиональных союзов и объединений работодателей, осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации.

В состав Наблюдательного совета дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования по должности входит руководитель дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Лица, представляющие объединения профессиональных союзов, объединения работодателей, органы государственной власти субъекта Российской Федерации в составе Наблюдательного совета дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования, определяются каждым из них самостоятельно в соответствии с законодательством Российской Федерации, регулирующим их деятельность, и уставами соответствующих объединений.

К компетенции Наблюдательного совета дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования относятся:

- 1) определение основных направлений деятельности дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования;
- 2) рассмотрение проекта закона субъекта Российской Федерации о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования на год, проекта закона субъекта Российской Федерации об исполнении бюджета;
- 3) ежеквартальное рассмотрение следующих основных вопросов:
 - о реализации основных направлений деятельности дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования;
 - об исполнении бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования;
 - о подготовке проектов законодательных актов и иных нормативных правовых актов в области обязательного медицинского страхования;
- 4) предварительное рассмотрение кандидатур для назначения на должность руководителя дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования и его заместителей;
- 5) осуществление текущего контроля деятельности дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования;
- 6) иные полномочия, отнесенные к компетенции дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования ее Уставом.

Наблюдательный совет дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования из своего состава избирает Председателя простым большинством голосов от общего числа членов Наблюдательного совета.

Члены Наблюдательного совета дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования, за исключением работников дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования, осуществляют свою деятельность на общественных началах.



ГЛАВА 4

СРЕДСТВА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

СТАТЬЯ 21

Источники средств

обязательного медицинского страхования

1. Средства обязательного медицинского страхования формируются за счет:
 - 1) страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающих и неработающих граждан;
 - 2) средств федерального бюджета, выделяемых Фонду обязательного медицинского страхования РФ для предоставления субсидий на выравнивание условий финансирования базовой программы обязательного медицинского страхования в субъектах РФ;
 - 3) дополнительных страховых взносов, предназначенных для финансирования федеральных или территориальных программ дополнительного медицинского страхования;
 - 4) поступлений от использования временно свободных средств обязательного медицинского страхования;
 - 5) поступлений из иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.
2. Средства обязательного медицинского страхования находятся в федеральной собственности и принадлежат Федеральному фонду обязательного медицинского страхования и дирекциям территориальных фондов обязательного медицинского страхования на праве оперативного управления.
3. Средства обязательного медицинского страхования не входят в состав бюджетов всех уровней и изъятию в любой форме в эти бюджеты не подлежат.

СТАТЬЯ 22

Средства Федерального фонда

обязательного медицинского страхования

1. Средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования формируются за счет:
 - 1) части страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, подлежащих уплате в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;
 - 2) средств федерального бюджета, выделяемых для предоставления субсидий на выравнивание условий финансирования базовой программы обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации;
 - 3) дополнительных страховых взносов, предназначенных для финансирования федеральных программ дополнительного медицинского страхования;
 - 4) доходов от использования имущества Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в том числе доходов от использования временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования;
 - 5) иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.
2. Средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования расходуются на:
 - 1) предоставление субсидий дирекциям территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выравнивание условий финансирования базовой программы обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации;
 - 2) финансирование федеральных программ дополнительного медицинского страхования;
 - 3) обеспечение исполнения Федеральным фондом обязательного медицинского страхования своих функций, установленных в соответствии с настоящим Федеральным законом.Не допускается использование средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования на иные цели.
3. Формирование и расходование средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования на год осуществляется в соответствии с бюджетом Федерального фонда обязательного медицинского страхования, принимаемым в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации.



СТАТЬЯ 23

Средства территориального фонда
обязательного медицинского страхования

1. Средства территориального фонда обязательного медицинского страхования формируются за счет:
 - 1) части страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, подлежащих зачислению в территориальный фонд обязательного медицинского страхования;
 - 2) страховых взносов субъекта Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения;
 - 3) дополнительных страховых взносов, предназначенных для финансирования территориальных программ дополнительного медицинского страхования;
 - 4) субсидий Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предоставляемых на выравнивание условий финансирования базовой программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации;
 - 5) иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

2. Средства территориального фонда обязательного медицинского страхования расходуются на:
 - 1) платежи по договорам со страховыми медицинскими организациями о финансировании обязательного медицинского страхования по базовой программе обязательного медицинского страхования;
 - 2) финансирование территориальных программ дополнительного медицинского страхования;
 - 3) выплату страхового обеспечения в виде оплаты части страховой премии по дополнительному медицинскому страхованию, осуществляемому в соответствии с главой 6 настоящего Федерального закона;
 - 5) обеспечение исполнения дирекцией территориального фонда обязательного медицинского страхования своих функций, предусмотренных настоящим Федеральным законом.

Не допускается использование указанных средств на иные цели.

3. Формирование и использование средств территориального фонда обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с ежегодно принимаемым законом субъекта Российской Федерации о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования.
4. Объем средств, необходимых для реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации и территориальной программы дополнительного медицинского страхования, рассчитывается исходя из объема предоставляемой застрахованным гражданам медицинской помощи по этим программам, нормативов финансовых затрат на единицу объема указанной медицинской помощи, тарифов на медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию и требований к ее оказанию, установленных в соответствии с федеральным законом о государственных гарантиях медицинской помощи.

Порядок расчета объема средств, необходимых для реализации базовой программы обязательного медицинского страхования и территориальных программ дополнительного медицинского страхования, устанавливается Правительством Российской Федерации.

5. Страховые взносы субъекта Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения устанавливаются в размере, обеспечивающем сбалансированность суммы средств из всех источников, предназначенных для финансирования базовой программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, и суммы средств, необходимых для ее реализации.

Правительство Российской Федерации разрабатывает и утверждает нормативы финансовых затрат на единицу предоставляемых государственных услуг по обязательному медицинскому страхованию, в том числе устанавливает минимальный допустимый размер взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в расчете на одного застрахованного гражданина.



СТАТЬЯ 24

Субсидии Федерального фонда обязательного медицинского страхования на выравнивание условий финансирования базовой программы обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации

1. Субсидии Федерального фонда обязательного медицинского страхования на выравнивание условий финансирования базовой программы обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации устанавливаются исходя из соотношения объема средств, необходимых для оказания гарантированной медицинской помощи в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, сумм страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, поступающих в территориальный фонд обязательного медицинского страхования, и уровня бюджетной обеспеченности субъекта Российской Федерации.
2. Размеры субсидий на выравнивание условий финансирования базовой программы обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации на год учитываются в составе расходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на соответствующий год в разрезе субъектов Российской Федерации.
3. Субсидия из средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на выравнивание условий финансирования базовой программы обязательного медицинского страхования в субъекте РФ предоставляется при выполнении следующих условий:
 - 1) при соответствии перечней видов, объемов, требований к порядку и условиям оказания и оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным гражданам в субъекте Российской Федерации настоящему Федеральному закону, федеральному закону о государственных гарантиях медицинской помощи, иным требованиям законодательства Российской Федерации;
 - 2) при отсутствии задолженности субъекта Российской Федерации по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения за предшествующий год либо при надлежащем выполнении мер по погашению имеющейся задолженности на условиях, согласованных с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.
3. Порядок предоставления субсидий из средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на выравнивание условий финансирования базовой программы обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации устанавливается Правительством Российской Федерации.

СТАТЬЯ 27

Возмещение расходов по оказанию гарантированной медицинской помощи

Расходы страховых медицинских организаций по оказанию гарантированной медицинской помощи застрахованному гражданину, произведенные в соответствии с настоящим Федеральным законом, подлежат возмещению:

- 1) Фондом обязательного социального страхования Российской Федерации – в части расходов по оказанию гарантированной медицинской помощи при профессиональных заболеваниях, а также при заболеваниях (иных состояниях здоровья, требующих предоставления гарантированной медицинской помощи), возникших в связи с несчастным случаем на производстве;
- 2) лицом, ответственным за причинение вреда жизни или здоровью застрахованного гражданина, и (или) страховой организацией, осуществившей обязательное страхование ответственности этого лица – в части расходов по оказанию гарантированной медицинской помощи при заболеваниях (иных состояниях здоровья, требующих предоставления гарантированной медицинской помощи), возникших в связи с причинением вреда жизни или здоровью застрахованного гражданина;
- 3) страхователями, не исполнившими предусмотренную настоящим Федеральным законом обязанность по уплате страховых взносов, за исключением страхователей – физических лиц, уплачивающих за себя страховые взносы – в части расходов по оказанию гарантирован-



ной медицинской помощи, пропорциональной неисполненной части обязательств по уплате страховых взносов.

Порядок возмещения расходов по оказанию гарантированной медицинской помощи в указанных случаях устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

ГЛАВА 5

ДОГОВОРЫ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

СТАТЬЯ 25

Договор о финансировании обязательного медицинского страхования

1. По договору о финансировании обязательного медицинского страхования (далее – договор о финансировании) страховая медицинская организация обязуется организовывать предоставление и оплачивать медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию указанным в договоре застрахованным гражданам, а дирекция территориального фонда обязательного медицинского страхования обязуется:

- 1) передать страховой медицинской организации в доверительное управление средства в соответствии со статьей 26 настоящего Федерального закона;
- 2) уплатить страховой медицинской организации страховую премию, за которую страховая медицинская организация обязуется за свой счет нести часть расходов по оплате медицинской помощи, превышающих общую сумму средств, переданных в управление (сверхнормативных расходов), в случае их возникновения;
- 3) компенсировать оставшуюся часть указанных сверхнормативных расходов, а также возместить повышенные расходы по оплате медицинской помощи конкретным застрахованным гражданам в сумме превышения фактической стоимости медицинской помощи, оказанной им в течение отчетного периода, над предельной нормативной стоимостью, установленной правилами обязательного медицинского страхования в расчете на одного застрахованного гражданина.

Правилами обязательного медицинского страхования устанавливается доля сверхнормативных расходов, компенсируемых дирекцией территориального фонда обязательного медицинского страхования, которая не может быть менее 30 процентов и более 85 процентов от их величины.

2. Договор о финансировании является смешанным договором (статья 421 Гражданского кодекса Российской Федерации). К отношениям сторон по договору о финансировании применяются в соответствующих частях правила о доверительном управлении и о страховании, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом.

Положения договора о финансировании должны соответствовать настоящему Федеральному закону и правилам обязательного медицинского страхования.

3. Выгодоприобретателями по договору о финансировании являются указанные в договоре застрахованные граждане.

Действие договора о финансировании распространяется на отношения, возникшие с момента выдачи застрахованному гражданину полиса обязательного медицинского страхования.

Неисполнение дирекцией территориального фонда обязательного медицинского страхования своих обязательств по договору о финансировании не является основанием для отказа застрахованным гражданам в организации предоставления и (или) оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

4. Средства, передаваемые страховой медицинской организацией в управление для обеспечения предстоящих обязательств по оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также страховая премия перечисляются страховой медицинской организации не позднее начала периода, в котором за счет указанных средств должна оплачиваться медицинская помощь.

Средства в счет возмещения расходов, предусмотренных пунктом 3 части 1 настоящей статьи, направляются страховой медицинской организации в течение 30 дней со дня получе-



ния дирекцией территориального фонда обязательного медицинского страхования соответствующего заявления с приложением документов, подтверждающих произведенные страховой медицинской организацией расходы по оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Порядок направления указанного заявления страховой медицинской организацией, состав прилагаемых документов, порядок возмещения указанных дополнительных расходов определяются правилами обязательного медицинского страхования.

СТАТЬЯ 26

Управление средствами обязательного медицинского страхования по договору о финансировании

1. По договору о финансировании дирекция территориального фонда обязательного медицинского страхования передает страховой медицинской организации в управление средства по подушевым нормативам финансирования на указанных в договоре застрахованных граждан для обеспечения предстоящих обязательств по оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на устанавливаемый правилами обязательного медицинского страхования отчетный период.

При этом доля средств, передаваемых в управление, не может превышать 80 процентов от общей суммы средств, направляемых дирекцией территориального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию базовой программы обязательного медицинского страхования.

2. Учредителем доверительного управления средствами, передаваемыми страховой медицинской организации по договору о финансировании, является Российская Федерация.

Права учредителя доверительного управления принадлежат дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Положения статьи 1024 Гражданского кодекса Российской Федерации к отношениям по доверительному управлению средствами, передаваемыми страховой медицинской организации по договору о финансировании, не применяются.

3. Подушевые нормативы финансирования дифференцируются в зависимости от пола, возраста и иных персональных характеристик застрахованных лиц, влияющих на степень страхового риска по обязательному медицинскому страхованию. Структурой подушевых нормативов финансирования определяется, в частности, предельная доля средств на возмещение расходов по ведению дела страховой медицинской организацией, конкретный размер которой зависит от эффективности использования средств обязательного медицинского страхования.

Подушевые нормативы финансирования устанавливаются отдельно для базовой программы обязательного медицинского страхования, федеральных и территориальных программ дополнительного медицинского страхования с учетом нормативных объемов, структуры и стоимости медицинской помощи, предоставляемой в рамках каждой из указанных программ, а также исходя из предельной нормативной стоимости медицинской помощи в расчете на одного застрахованного гражданина.

Подушевые нормативы финансирования для базовой программы обязательного медицинского страхования и территориальных программ дополнительного медицинского страхования определяются дирекциями территориальных фондов обязательного медицинского страхования по согласованию с органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Методика расчета подушевых нормативов финансирования, их структура, а также подушевые нормативы финансирования для федеральных программ дополнительного медицинского страхования устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

4. В случае если фактические расходы страховой медицинской организации по организации и оплате медицинской помощи в течение отчетного периода оказались менее суммы средств, переданных ей на соответствующий период в доверительное управление, неизрасходованные средства зачитываются в счет средств, подлежащих передаче в доверительное управление



на следующий период. Правилами обязательного медицинского страхования определяются случаи и порядок возврата средств, переданных в доверительное управление, по требованию дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования.

5. Доходы от инвестирования средств, передаваемых страховой медицинской организации в управление, относятся на прирост таких средств, за исключением устанавливаемой правилами обязательного медицинского страхования части указанных доходов, составляющей вознаграждение страховой медицинской организации.

Требования к инвестированию переданных в управление средств обязательного медицинского страхования, а также особенности отражения страховыми медицинскими организациями операций с указанными средствами в бухгалтерском учете устанавливаются в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации.

6. Страховая медицинская организация представляет дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования отчет об использовании средств обязательного медицинского страхования, переданных в управление.

Федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, устанавливаются срок, порядок и форма представления отчета, требования к периодичности, объему и порядку проведения дирекциями территориальных фондов обязательного медицинского страхования проверок целевого использования страховыми медицинскими организациями средств обязательного медицинского страхования, переданных в доверительное управление.

Страховая медицинская организация и ее должностные лица несут предусмотренную законодательством Российской Федерации и правилами обязательного страхования ответственность за нарушение требований о предоставлении отчета дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования, в том числе за неотражение, неполное отражение, включение недостоверных сведений в отчет, а также за нарушение требований к порядку его представления.

СТАТЬЯ 27

Применение правил о страховании

к отношениям сторон по договору о финансировании

1. К отношениям сторон по договору о финансировании, вытекающим из положений пункта 2 части 1 статьи 25 настоящего Федерального закона, применяются правила о страховании. В указанных отношениях дирекция территориального фонда обязательного медицинского страхования имеет права и несет обязанности страхователя, страховая медицинская организация имеет права и несет обязанности страховщика, указанные в договоре о финансировании застрахованные граждане – выгодоприобретатели по договору.

Положения части 2 статьи 939, статьи 964 Гражданского кодекса Российской Федерации к указанным отношениям по договору о финансировании не применяются.

2. Страховая премия, подлежащая уплате по договору о финансировании, определяется на основе тарифов, устанавливаемых дирекцией территориального фонда обязательного медицинского страхования по согласованию с органом страхового надзора.

Указанные страховые тарифы устанавливаются отдельно для базовой программы обязательного медицинского страхования и территориальных программ дополнительного медицинского страхования и рассчитываются дирекциями территориальных фондов обязательного медицинского страхования исходя из подушевых нормативов финансирования, структуры и стоимости медицинской помощи, предоставляемой застрахованным гражданам по соответствующим программам.

Методика расчета страховых тарифов, их структура, а также страховые тарифы для федеральных программ дополнительного медицинского страхования устанавливаются федеральным органом страхового надзора по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.



СТАТЬЯ 28

Заклучение и прекращение договора о финансировании

1. Договор со страховой медицинской организацией о финансировании обязательного медицинского страхования распространяется на застрахованных граждан, выбравших указанную страховую медицинскую организацию в установленном настоящим Федеральным законом порядке.

К договору о финансировании применяются правила о публичном договоре. Дирекция территориального фонда обязательного медицинского страхования обязана заключить со страховой медицинской организацией договор о финансировании в отношении граждан, выбравших указанную страховую медицинскую организацию в соответствии с настоящим Федеральным законом. Договор о финансировании заключается со страховой медицинской организацией без проведения конкурсов на основании заявления, поданного страховой медицинской организацией в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования.

2. Основаниями для отказа в заключении договора о финансировании являются:

отсутствие у страховой медицинской организации лицензии на осуществление обязательного медицинского страхования;

отсутствие у страховой медицинской организации договоров с медицинскими организациями на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, обеспечивающих предоставление застрахованным гражданам страхового обеспечения по обязательному медицинскому страхованию.

В случае несоблюдения страховой медицинской организацией порядка и условий заключения договора о финансировании, предусмотренных правилами обязательного медицинского страхования, фонд обязательного медицинского страхования уведомляет страховую медицинскую организацию о соответствующих обстоятельствах с указанием конкретных нарушений установленного порядка заключения договора о финансировании. После устранения указанных нарушений фонд обязательного медицинского страхования обязан заключить со страховой медицинской организацией договор о финансировании.

3. Договор о финансировании заключается сроком на 3 года. При отсутствии заявления страховой медицинской организации о прекращении договора по окончании срока его действия в связи с прекращением деятельности по обязательному медицинскому страхованию на территории субъекта Российской Федерации, договор считается продленным на тот же срок.

Указанное заявление подается в соответствии с требованиями, предусмотренными правилами обязательного медицинского страхования в отношении порядка прекращения страховой медицинской организацией деятельности по обязательному медицинскому страхованию в целом либо на территории конкретного субъекта Российской Федерации.

4. Договор о финансировании прекращается:

в отношении застрахованного гражданина – в случае выбора им другой страховой медицинской организации, заключения в его пользу договора медицинского страхования в соответствии с требованиями главы 6 настоящего Федерального закона, утраты гражданином права на обеспечение по обязательному медицинскому страхованию либо в случае смерти застрахованного гражданина;

в случае прекращения страховой медицинской организацией деятельности по обязательному медицинскому страхованию на территории субъекта Российской Федерации в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, в том числе в случае отзыва у страховой медицинской организации лицензии на осуществление деятельности по обязательному медицинскому страхованию.

При прекращении договора о финансировании в целом остатки средств, переданных страховой медицинской организации в соответствии с частью 1 статьи 26 настоящего Федерального закона, подлежат возврату дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования. Страховая медицинская организация также возвращает сумму страховой премии, полученной в соответствии с частью 1 статьи 25 настоящего Федерального закона, за исключением ее части, пропорциональной истекшему сроку действия договора о финансировании.



При прекращении договора о финансировании в отношении отдельных застрахованных граждан страховая медицинская организация обязана возвратить приходящуюся на них часть указанных средств.

СТАТЬЯ 29

Договор о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

1. По договору о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию исполнитель (медицинская организация) обязуется оказывать указанным в договоре застрахованным гражданам определенные договором виды медицинской помощи, а заказчик (страховая медицинская организация) обязуется оплатить их в соответствии с требованиями настоящего Федерального закона.

Медицинская помощь по договору о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию оказывается медицинской организацией в соответствии с требованиями к оказанию гарантированной медицинской помощи, установленными законодательством о государственных гарантиях медицинской помощи.

2. К договору о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию применяются правила о публичном договоре.

СТАТЬЯ 30

Тарифы на медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию

1. На территории субъекта Российской Федерации медицинская помощь по договору о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию оплачивается по тарифам, устанавливаемым органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации на основании соглашения между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, дирекцией территориального фонда обязательного медицинского страхования, объединениями медицинских организаций и объединениями страховых медицинских организаций.

Указанные тарифы не могут быть менее величин, рассчитанных в соответствии с методикой определения минимальных тарифов на гарантированную медицинскую помощь, утверждаемой федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения в соответствии с законодательством о государственных гарантиях медицинской помощи.

2. Тарифы на медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию должны предусматривать возмещение в пределах установленных нормативов всех видов затрат, связанных с оказанием застрахованным гражданам медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

СТАТЬЯ 31

Методы оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

1. В соответствии с договором о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию амбулаторная медицинская помощь оплачивается по нормативам стоимости ее оказания в течение установленного договором периода в расчете на одного застрахованного гражданина.

Указанные нормативы входят в состав тарифов на медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию и дифференцируются в зависимости от пола, возраста и иных персональных характеристик застрахованных граждан.

Порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию может предусматриваться перечень медицинских услуг, относящихся к амбулаторной медицинской помощи, которые оплачиваются дополнительно с использованием иных методов оплаты медицинской помощи.

2. Метод оплаты амбулаторной медицинской помощи может также предусматривать зависимость суммы, подлежащей оплате выбранной застрахованным гражданином медицинской ор-



ганизации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь, от объемов и стоимости стационарной и скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам другими медицинскими организациями, а также иных показателей, характеризующих медико-экономическую эффективность деятельности медицинской организации.

Страховые медицинские организации бесплатно предоставляют по запросу медицинских организаций, выбранных застрахованными гражданами для получения амбулаторной медицинской помощи, сведения об объемах и стоимости медицинской помощи, оказанной указанным застрахованным гражданам иными медицинскими организациями.

3. Для оплаты стационарной медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию используется метод оплаты по законченному случаю лечения.

Сумма, подлежащая уплате по договору о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию за оказываемую застрахованным гражданам стационарную медицинскую помощь, определяется в соответствии с тарифами на медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию и с учетом числа случаев оказания стационарной медицинской помощи, согласованных медицинской организацией и страховой медицинской организацией.

ГЛАВА 6

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

СТАТЬЯ 32

Дополнительное медицинское страхование

1. Дополнительное медицинское страхование предусматривает предоставление застрахованным гражданам медицинской помощи по видам, в объемах, в порядке или на условиях, превышающих требования к предоставлению медицинской помощи по базовой программе обязательного медицинского страхования. В частности, страховое обеспечение по дополнительному медицинскому страхованию может включать:

дополнительное лекарственное обеспечение застрахованных граждан в случаях, когда лекарственное обеспечение не предоставляется по базовой программе обязательного медицинского страхования (дополнительное лекарственное страхование);

оказание застрахованным гражданам необходимой высокотехнологичной медицинской помощи сверх квот, устанавливаемых в соответствии с законодательством о государственных гарантиях медицинской помощи;

оказание застрахованным гражданам медицинской помощи в объемах, в порядке или на условиях, превышающих требования к оказанию медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

2. Дополнительное медицинское страхование по федеральным и (или) территориальным программам дополнительного медицинского страхования осуществляется соответственно за счет средств бюджета Российской Федерации или бюджетов субъектов Российской Федерации в соответствии с положениями статьи 8 настоящего Федерального закона.

Дополнительное медицинское страхование за счет средств граждан и организаций осуществляется в соответствии с Требованиями законодательства Российской Федерации, предусмотренными в отношении осуществления добровольного медицинского страхования, с учетом особенностей, установленных настоящим Федеральным законом.

СТАТЬЯ 33

Дополнительное медицинское страхование за счет средств граждан и организаций, включающее базовую программу обязательного медицинского страхования

1. Граждане и организации могут в качестве страхователей заключать со страховыми организациями, соответствующими требованиям статьи 35 настоящего Федерального закона (страховщиками по договору медицинского страхования), договоры медицинского страхования, предусматривающие предоставление застрахованным гражданам медицинской помощи по ви-



дам, в объемах, в порядке и на условиях, превышающих требования к предоставлению медицинской помощи по базовой программе обязательного медицинского страхования.

В этом случае медицинская помощь застрахованным по таким договорам гражданам по их требованию может организовываться и оплачиваться в соответствии с требованиями настоящей главы за счет объединения средств, предназначенных на финансирование гарантированной медицинской помощи из средств обязательного медицинского страхования по подушевым нормативам финансирования, и средств, направляемых страхователями по договорам медицинского страхования на их дополнительное медицинское страхование.

Страховая премия по договору медицинского страхования, предусматривающему сочетание обязательного и дополнительного медицинского страхования, оплачивается страхователем по такому договору за исключением ее части, подлежащей оплате дирекцией территориального фонда обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящей статьей.

2. Дирекция территориального фонда обязательного медицинского страхования осуществляет оплату части страховой премии по договору медицинского страхования, предусматривающему сочетание обязательного и дополнительного медицинского страхования, в отношении каждого застрахованного гражданина в следующем порядке:

застрахованный гражданин предоставляет страховщику по договору медицинского страхования надлежащим образом оформленное заявление об осуществлении страхового обеспечения по обязательному медицинскому страхованию в виде оплаты части страховой премии по договору медицинского страхования, а также заявление о замене страховой медицинской организации на страховщика по договору медицинского страхования с приложением полиса обязательного медицинского страхования, ранее выданного застрахованному гражданину. Указанное заявление о замене подается в порядке, установленном в отношении замены страховой медицинской организации по обязательному медицинскому страхованию;

страховщик по договору медицинского страхования направляет в дирекцию территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту жительства застрахованного гражданина требование об оплате части страховой премии по договору медицинского страхования с приложением указанных заявлений застрахованного гражданина, а также полиса обязательного медицинского страхования, ранее выданного застрахованному гражданину. В требовании страховщик указывает данные о себе, страхователе по договору медицинского страхования, застрахованном гражданине, сроке действия и иных условиях договора медицинского страхования, а также подтверждает поступление страховой премии по договору медицинского страхования, подлежащей оплате страхователем по такому договору. После направления указанного требования страховщик не вправе требовать расторжения договора медицинского страхования в связи с неоплатой страховой премии страхователем;

дирекция территориального фонда обязательного медицинского страхования рассматривает требование страховщика по договору медицинского страхования в 15-дневный срок со дня поступления и по истечении указанного срока извещает страховщика об удовлетворении требования либо направляет ему мотивированный отказ;

при удовлетворении указанного требования страховщика дирекция территориального фонда обязательного медицинского страхования направляет ему средства в счет оплаты части страховой премии по договору медицинского страхования в том же порядке и в том же размере, в которых перечисляются средства на финансирование обязательного медицинского страхования страховым медицинским организациям.

Форма заявления застрахованного гражданина об осуществлении страхового возмещения по обязательному медицинскому страхованию в виде оплаты части страховой премии по договору медицинского страхования и порядок его заполнения, а также форма требования страховщика устанавливаются Правительством Российской Федерации.

3. В отношении конкретного застрахованного гражданина страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию в виде оплаты части страховой премии по договору меди-



цинского страхования, предусматривающему сочетание обязательного и дополнительного медицинского страхования, осуществляется не чаще одного раза в течение года.

В случае если гражданин является застрахованным по нескольким одновременно действующим договорам медицинского страхования, удовлетворяющим требованиям настоящей главы, такое страховое обеспечение предоставляется только на основании одного из них. Таким договором является договор медицинского страхования, данные о котором первыми предоставлены в систему индивидуального (персонифицированного) учета по обязательному медицинскому страхованию.

4. Дирекция территориального фонда обязательного медицинского страхования вправе отказать в перечислении средств страховщику, если не соблюдены условия их предоставления или порядок направления соответствующего требования. Об отказе в предоставлении средств дирекция территориального фонда обязательного медицинского страхования уведомляет страховщика по договору медицинского страхования в письменной форме с приложением направлявшегося страховщиком полиса обязательного медицинского страхования, который подлежит возврату застрахованному гражданину.

Если средства страховщику были предоставлены дирекцией территориального фонда обязательного медицинского страхования при отсутствии предусмотренных настоящим Федеральным законом оснований, указанные средства подлежат возврату страховщиком в полном объеме. Страховщик по договору медицинского страхования вправе требовать возмещения возникших в связи с этим убытков от лиц, действия (бездействие) которых повлекли их возникновение.

5. При невозможности получения медицинской помощи по договору медицинского страхования, предусматривающему сочетание обязательного и дополнительного медицинского страхования, дирекция территориального фонда обязательного медицинского страхования организует и финансирует предоставление необходимой медицинской помощи застрахованному гражданину в соответствии с требованиями, предусмотренными в системе обязательного медицинского страхования. Произведенные в связи с этим расходы, включая административные расходы дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования, подлежат возмещению страховщиками по договору медицинского страхования.

СТАТЬЯ 39

Договор медицинского страхования, предусматривающий сочетание обязательного и дополнительного медицинского страхования

1. Договор медицинского страхования, предусматривающий сочетание обязательного и дополнительного медицинского страхования, должен соответствовать следующим требованиям:
 - 1) предусмотренные договором виды, объем, порядок и условия предоставления медицинской помощи застрахованному гражданину должны быть не ниже требований, установленных в системе обязательного медицинского страхования;
 - 2) страхователями по договору медицинского страхования, предусматривающему сочетание обязательного и дополнительного медицинского страхования, могут являться:
 - а) работодатели, заключающие указанный договор в пользу своих работников и (или) членов их семей (супруга (супруги), родителей, детей в возрасте до 18 лет);
 - б) граждане, заключающие указанный договор в свою пользу и (или) в пользу членов своих семей (супруга (супруги), родителей, детей в возрасте до 18 лет);
 - 3) договор медицинского страхования в отношении каждого застрахованного гражданина должен заключаться на срок не менее года.
2. Действие договора медицинского страхования в целом или в отношении конкретного застрахованного гражданина может быть прекращено до наступления срока, на который договор был заключен, но не ранее чем через 15 дней после уведомления об этом застрахованного гражданина и дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту жительства застрахованного гражданина, а также возврата страховщиком оплаченной дирекцией территориального фонда обязательного медицинского стра-



хования части страховой премии по договору медицинского страхования. При этом страховщик по договору медицинского страхования имеет право на часть указанной суммы по каждому застрахованному гражданину, рассчитанной исходя из срока, в течение которого указанный договор действовал в отношении этого застрахованного гражданина.

3. Правила медицинского страхования, в соответствии с которыми заключается договор медицинского страхования, а также типовая форма выдаваемого застрахованному гражданину страхового полиса медицинского страхования, содержащего номер индивидуального счета застрахованного гражданина в системе обязательного медицинского страхования и иные данные, предусматривающие его автоматизированную обработку, утверждаются Правительством Российской Федерации.

Условия договора медицинского страхования, предусматривающего сочетание обязательного и дополнительного медицинского страхования, не соответствующие условиям указанных правил медицинского страхования, являются ничтожными. Внесение изменений в договор медицинского страхования допускается не иначе как в порядке, установленном федеральными законами и правилами медицинского страхования.

СТАТЬЯ 40

Права и обязанности страховщика по договору медицинского страхования, предусматривающему сочетание обязательного и дополнительного медицинского страхования

1. Страховщик по договору медицинского страхования, предусматривающему сочетание обязательного и дополнительного медицинского страхования, осуществляет свою деятельность в соответствии с положениями законодательства Российской Федерации, предусмотренными в отношении деятельности по добровольному медицинскому страхованию, с учетом особенностей, предусмотренных настоящей главой. Страховщик по договору медицинского страхования действует на основании лицензии на осуществление добровольного медицинского страхования.
2. На страховщиков, осуществляющих деятельность в соответствии с договором медицинского страхования, предусматривающим сочетание обязательного и дополнительного медицинского страхования, распространяются положения, установленные настоящим Федеральным законом в отношении страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование, в части:
 - 1) ведения системы индивидуального (персонифицированного) учета по обязательному медицинскому страхованию; уведомления о заключении и прекращении действия таких договоров; передачи персональных данных о застрахованных гражданах и информации, необходимой для ведения их лицевого счета; получения сведений о регистрации застрахованных граждан в системе индивидуального (персонифицированного) учета по обязательному медицинскому страхованию; получения информации от медицинских организаций; ознакомления застрахованных граждан с программой медицинского страхования, а также с правами и обязанностями застрахованных граждан, страховщиков и медицинских организаций;
 - 2) контроля соблюдения медицинской организацией требований к объему, качеству, порядку и условиям оказания медицинской помощи застрахованным гражданам, а также обоснованности ее предоставления; защиты прав застрахованных граждан; представления интересов застрахованных граждан в отношениях с медицинскими организациями; досудебного урегулирования споров с участием застрахованных граждан и рассмотрения их жалоб; участия в разработке порядка контроля качества медицинской помощи и его осуществления;
 - 3) предъявления к лицам, ответственным за причинение вреда жизни или здоровью застрахованных граждан, требований о возмещении расходов по оказанию медицинской помощи застрахованным гражданам.



ГЛАВА 7

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ (ПЕРСониФИЦИРОВАННЫЙ) УЧЕТ
В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

СТАТЬЯ 41

Организация индивидуального (персонифицированного) учета
по обязательному медицинскому страхованию

1. Индивидуальный (персонифицированный) учет по обязательному медицинскому страхованию ведется на основании информации, предоставляемой в обязательном порядке субъектами обязательного медицинского страхования, а также на основании иных сведений.
2. Сведения индивидуального (персонифицированного) учета по обязательному медицинскому страхованию относятся к федеральным информационным ресурсам.
3. Перечни предоставляемой в обязательном порядке документированной информации, порядок и условия ее предоставления, получения и использования субъектами обязательного медицинского страхования, а также органы и организации, ответственные за сбор и обработку сведений индивидуального (персонифицированного) учета, определяет Правительство Российской Федерации.

СТАТЬЯ 42

Права и обязанности органа, осуществляющего ведение индивидуального
(персонифицированного) учета по обязательному медицинскому страхованию

1. Орган, осуществляющий ведение индивидуального (персонифицированного) учета по обязательному медицинскому страхованию, имеет право:
 - 1) получать информацию, необходимую для ведения индивидуального (персонифицированного) учета застрахованных граждан, от страхователей, страховых медицинских организаций, дирекций территориальных фондов обязательного медицинского страхования и иных организаций;
 - 2) в пределах своих полномочий проводить проверку достоверности информации, представленной субъектами обязательного медицинского страхования, а также проверку соблюдения требований к порядку и условиям ее предоставления, получения и использования;
 - 3) реализовывать иные права, предусмотренные в соответствии с законодательством Российской Федерации.
2. Орган, осуществляющий ведение индивидуального (персонифицированного) учета по обязательному медицинскому страхованию, обязан:
 - 1) поддерживать в актуальном состоянии данные индивидуального (персонифицированного) учета застрахованных граждан;
 - 2) уведомлять страховую медицинскую организацию и дирекцию территориального фонда обязательного медицинского страхования о регистрации застрахованного гражданина в системе индивидуального (персонифицированного) учета и его закреплении за выбранной страховой медицинской организации в срок, не превышающий 5 рабочих дней с момента получения уведомления о поступившем заявлении застрахованного гражданина о выборе (замене) страховой медицинской организации. В случае замены страховой медицинской организации указанное уведомление о закреплении застрахованного гражданина направляется как заменяемой, так и вновь выбранной страховой медицинской организации;
 - 3) представлять в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, и в Фонд обязательного медицинского страхования Российской Федерации информацию, необходимую им для выполнения своих функций;
 - 4) бесплатно предоставлять страховым медицинским организациям, дирекциям территориальных фондов обязательного медицинского страхования и иным лицам информацию, определенную настоящим Федеральным законом;
 - 5) нести иные обязанности, установленные законодательством Российской Федерации.



СТАТЬЯ 43

Персональные данные о застрахованном гражданине

В системе индивидуального (персонифицированного) учета содержатся следующие персональные данные о застрахованном гражданине:

идентификационный номер в системе индивидуального (персонифицированного) учета;
фамилия, имя, отчество;
пол застрахованного гражданина;
дата рождения;
место рождения;
гражданство застрахованного гражданина;
данные о документе, удостоверяющем личность застрахованного лица;
место жительства;
дата регистрации.

ГЛАВА 9

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ И ПЕРЕХОДНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

СТАТЬЯ 46

Приведение нормативных правовых актов в соответствие с настоящим Федеральным законом и переходные положения

1. Признать утратившим силу Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (Ведомости Съезда народных депутатов РСФСР и Верховного Совета РСФСР, 1991, №27, ст. 920; 1993, №17, ст. 502; Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, №52 (часть I), ст. 5037).
2. Предложить Президенту Российской Федерации и поручить Правительству Российской Федерации привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим Федеральным законом.
3. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и дирекции территориальных фондов обязательного медицинского страхования являются правопреемниками Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, созданных в соответствии с Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».
4. Вступление в силу настоящего Федерального закона не влечет прекращения правоотношений между застрахованным гражданином и страховой медицинской организацией, застрахованным гражданином и медицинской организацией, медицинской организацией и страховой медицинской организацией, существующих на момент вступления в силу настоящего Федерального закона. Указанные отношения подлежат приведению в соответствие с настоящим Федеральным законом в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации.

СТАТЬЯ 47

Вступление настоящего Федерального закона в силу

Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2005 года.

ПРЕЗИДЕНТ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ