

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Сибирский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
Научно-исследовательский институт  
акушерства, гинекологии и перинатологии СО РАМН

Е.Н. Образцова, Л.А. Агаркова, Р.М. Тахауов, А.Б. Карпов,  
А.В. Евтушенко, Т. П. Нестерова

# **Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации**

Учебное пособие  
для постдипломного профессионального образования

2-е издание, дополненное

Томск  
Издательство СибГМУ  
2017

УДК 614.2(075.8)

ББК Х621я73

О 309

Авторы:

Е.Н. Образцова, Л. А. Агаркова, Р. М. Тахауов, А. Б. Карпов,  
А.В. Евтушенко, Т. П. Нестерова.

**О 309**     **Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации:** учебное пособие для постдипломного образования / Е. Н. Образцова, Л. А. Агаркова, Р. М. Тахауов и др. –2-е издание, дополненное. – Томск: Изд-во СибГМУ, 2017. – 238 с.

Систематизированы основные теоретические, методические и нормативные материалы, касающиеся организации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. Учебное пособие содержит характеристику субъектов и участников обязательного медицинского страхования, механизмы его реализации, требования к страховому медицинскому полису обязательного медицинского страхования и порядок его выдачи, описание прав и обязанностей застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования, характеристику системы договоров и финансирования в сфере обязательного медицинского страхования, описание системы контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования. Приведены средние нормативы финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и условия предоставления медицинской помощи, критерии доступности и качества медицинской помощи.

Для оценки пройденного материала составлены тесты и ситуационные задачи.

Учебное пособие подготовлено по дисциплине «Общественное здравоохранение и общественное здоровье» в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования, обязательном при реализации образовательных программ постдипломного профессионального образования – ординатуры и ФПК и ППС.

УДК 614.2(075.8)

ББК Х621я73

**Рецензент:**

**Калинкин Д.Е.** – д-р мед. наук, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России.

*Утверждено и рекомендовано к печати Учебно-методической комиссией факультета поведенческой медицины и менеджмента ФГБОУ ВО СибГМУ (протокол № 3 от 21 февраля 2017 г.).*

© Издательство СибГМУ, 2017

© Е.Н. Образцова, Л.А. Агаркова, Р.М. Тахауов, А.Б. Карпов, А.В. Евтушенко, Нестерова Т.П., 2017

## **ВВЕДЕНИЕ**

В Российской Федерации обязательное медицинское страхование носит всеобщий характер, где гарантируется гражданам необходимый объем, качество и условия оказания лечебно-профилактической помощи. Система обязательного медицинского страхования – результат социального и экономического развития, одна из устойчивых систем связи между социальной и экономической сферами общества.

Необходимость в обязательном медицинском страховании возникает тогда, когда государство признает, что защита здоровья граждан является существенным фактором развития общества, однако не имеет в своем бюджете необходимых средств для полноценного обеспечения такой защиты.

В России обязательное медицинское страхование является государственным и всеобщим для населения. Это означает, что государство в лице своих законодательных и исполнительных органов определяет основные принципы организации ОМС, устанавливает тарифы взносов, круг страхователей и создает специальные государственные фонды для аккумуляции взносов на ОМС.

В отличие от государственных финансовых органов, которые решают множество проблем, возникающих в национальном хозяйстве страны и отдельных ее регионов, и при необходимости используют средства бюджета здравоохранения на другие нужды, фонды ОМС занимаются финансированием только медицинской помощи, тем самым гарантируют целевое их использование.

Здравоохранение, будучи сложной социально-экономической системой и специфической отраслью народного хозяйства, призвано обеспечить реализацию важнейшего социального принципа – сохранение и улучшение здоровья граждан, оказания им высококвалифицированной специализированной лечебно-профилактической помощи.

В рыночной экономике обязательное государственное социальное страхование выступает как важнейшее средство обеспече-

ния прав каждого на социальную защиту и рассматривается как система правовых и экономических отношений, которая включает страхование за счёт средств бюджетов организаций, личных средств населения, специальных финансовых фондов и их использование для возмещения ущерба при возникновении страхового случая.

Основной функцией государственного обязательного социального страхования является возмещение финансовых и материальных потерь гражданина, наступивших в результате болезней, несчастных случаев, стихийных бедствий, техногенных катастроф, неисполнения обязательств контрагентами (партнёрами).

Составной частью государственного обязательного социального страхования являются системы социального и обязательного медицинского страхования, которые функционируют самостоятельно, независимо друг от друга. Система обязательного медицинского страхования (ОМС) занимает лидирующие позиции на рынке страхования.

Социальное страхование – это система, защищающая граждан от факторов социального риска, к которым относятся болезнь, несчастный случай, потеря трудоспособности, безработица, старость, потеря кормильца, смерть и т.д. Кроме того, социальное страхование обеспечивает финансирование профилактических и оздоровительных мероприятий, предоставляет социальные гарантии по случаю беременности и родов, рождения ребёнка.

Обязательное медицинское страхование является другой важной составной частью системы государственного обязательного социального страхования, которая включает в себя комплекс создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счёт средств ОМС в рамках базовой (БП ОМС) и территориальной (ТП ОМС) программ ОМС. Участие в системе ОМС означает возможность получения доступа к такому жизненно важному для каждого и дорогостоящему социальному благу, как медицинская помощь.

Переход от государственной системы здравоохранения к «страховой» медицине, как показывает мировой и отечественный

опыт, является необходимым шагом в условиях рыночной экономики и развития рынка медицинских услуг.

Это обусловлено тем, что:

1. Для широких слоев населения обеспечиваются гарантии предоставления и доступность высококачественных медицинских услуг даже при значительном росте цен на них;

2. Решаются проблемы привлечения дополнительных и значительных финансовых ресурсов в сферу здравоохранения;

3. Принципы рыночной экономики и экономические рычаги управления начинают активно использоваться в управлении системой здравоохранения.

В настоящее время система ОМС введена в 25 странах, в которых проживает около 1 млрд. человек, что составляет около 18 % населения Земли.

Страховой принцип финансирования медицинской помощи, сменивший государственную систему здравоохранения, был установлен Законом Российской Федерации от 28.06.1991 г. № 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", все положения которого относительно ОМС вводились в действие, начиная только с 1993 г. С 01.01.2011 г. Закон РФ от 28.06.1991 г. № 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" утратил силу в связи с принятием Федерального Закона (ФЗ) от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

В РФ на сегодняшний день ОМС охвачено 98 % населения страны. В основу функционирования системы ОМС в РФ заложены:

– **всеобщий и обязательный характер:** все граждане РФ, независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на бесплатное получение медицинских услуг, включённых в базовую и территориальную программы ОМС;

– **государственный характер ОМС:** для реализации государственной финансовой политики созданы Федеральный фонд (ФФ) и территориальные фонды (ТФ) ОМС как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные организации;

– **общественная солидарность и социальная справедливость:** страховые взносы и платежи перечисляются за всех граждан РФ, но расходуются эти средства лишь при обращении за ме-

дицинской помощью (принцип "здоровый платит за больного"); граждане с различным уровнем дохода имеют одинаковые права на получение бесплатной медицинской помощи: принцип " богатый платит за бедного";

– принцип "молодой платит за старого": несмотря на то, что расходы на оказание медицинской помощи гражданам в старшем возрасте больше, чем в молодом возрасте, страховые взносы и платежи перечисляются в одинаковом размере за всех граждан РФ, независимо от возраста.

Несмотря на ошибки и трудности начального периода, введение ОМС обеспечило не только выживание, но и развитие системы здравоохранения в условиях крайне нестабильной политической и экономической ситуации 90-х гг. XX в. Система ОМС обеспечила предоставление минимума гарантированной (бесплатной) медицинской помощи, позволила внедрить вневедомственный контроль над её качеством, начать структурную перестройку здравоохранения в соответствии с реальной потребностью населения в основных видах медицинской помощи и перейти к более рациональному использованию ресурсов, имеющихся в здравоохранении.

## **Раздел 1**

### **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счёт средств ОМС в объёме и на условиях, соответствующих БП ОМС и ТП ОМС. Система ОМС является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья и призвана обеспечить доступную и бесплатную медицинскую помощь гарантированного объёма и качества при рациональном использовании имеющихся ресурсов.

Цель ОМС – гарантировать гражданам получение медицинской помощи при возникновении страхового случая за счёт накопленных средств, а также финансировать профилактические мероприятия.

Основная задача ОМС – стабилизировать и улучшить систему здравоохранения.

Система ОМС создана как организационно-правовая основа защиты прав пациента как потребителя медицинской услуги с целью обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, закреплённых в ст. 41 Конституции РФ и ФЗ. Важнейшим нормативным правовым актом, регулирующим ОМС, является Закон, который устанавливает правовые, экономические и организационные основы ОМС населения в РФ, определяет средства ОМС в качестве одного из источников финансирования медицинских организаций и закладывает основы системы страховой модели финансирования здравоохранения в РФ.

В упрощённом виде ОМС реализуется по следующей схеме:

– страхователи перечисляют взносы за застрахованных лиц (за работников или за себя);

– страховые медицинские организации (СМО) выдают страховые медицинские полисы (далее – Полисы) застрахованным лицам, заключая договоры со страхователями и с медицинскими организациями;

– медицинские организации оказывают застрахованным лицам медицинские услуги и передают реестры пролечившихся в СМО;

– СМО оплачивают все расходы медицинских организаций за счёт средств ОМС, получаемых СМО от ФФ ОМС.

– ФФ ОМС и иные уполномоченные органы осуществляют надзор за рациональным использованием средств в системе ОМС, в основном путём проведения ревизий и целевых проверок.

Созданные механизмы внебюджетного финансирования обеспечили финансовые потоки в здравоохранении целевого назначения.

## **1.1. Основные понятия, применяемые в системе обязательного медицинского страхования**

***Базовая программа ОМС*** – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счёт средств ОМС на всей территории РФ и устанавливающая единые требования к ТП ОМС.

***Гарантия прав пациента*** – система обязательств, установленных правовым актом или договором, обеспечивающая реализацию прав пациента.

***Гражданин*** – лицо, принадлежащее к постоянному населению определённого государства, пользующееся его защитой и наделённое совокупностью политических и иных прав и обязанностей.

***Информированное добровольное согласие*** – основное право пациента; необходимое предварительное условие, представляющее собой процесс получения разрешения у пациента или его законного представителя в виде добровольного принятия предло-



женного врачом медицинского вмешательства, разновидности обследования и лечения, построенное на предоставленной в доступной форме обстоятельной информации о предстоящем вмешательстве, вероятных осложнениях, вариантах процедур и условий их оказания, в результате выступающий механизмом защиты прав как пациента, так и врача.

**Заболевание** – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

**Застрахованное лицо** – физическое лицо, на которое распространяется ОМС в соответствии с Законом.

**Здоровье** – состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма.

**Качество медицинской помощи** – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

**Медицинская деятельность** – профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и/или тканей, обращением донорской крови и/или её компонентов в медицинских целях.

**Медицинская информация** – сведения о состоянии здоровья пациента и оказываемой ему медицинской помощи, включая данные о наличии заболевания, его диагнозе, прогнозе, способах диагностики, лечения и профилактики, риске, связанном с медицинским вмешательством, иные сведения медицинского характера.

**Медицинская организация** – юридическое лицо, независимо от организационно-правовой формы осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятель-

ность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

**Медицинская помощь** – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих предоставление медицинских услуг

**Медицинская услуга** – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющее самостоятельное законченное значение.

**Медицинское вмешательство** – любое обследование, лечение и иное действие, имеющее профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или исследовательскую направленность, выполняемую врачом либо другим медицинским работником по отношению к конкретному пациенту.

**Медико-экономический контроль** – установление соответствия сведений об объёмах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании реестров и счетов, предоставленных к оплате медицинской организацией, условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, ТП ОМС, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

**Медико-экономическая экспертиза** – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объёма предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учётно-отчётной документации медицинской организации.

**Обязательное медицинское страхование** – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счёт средств ОМС в рамках БП ОМС и ТП ОМС в объёме, предусмотренном БП ОМС (в пределах ТП ОМС, а в случаях, установленных Законом, и в пределах БП ОМС).

**Объект ОМС** – страховой риск, связанный с возникновением страхового случая.

**Пациент** – физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицин-

ской помощи, независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

**Персонифицированный учёт** – организация и ведение учёта сведений о каждом застрахованном лице в целях реализации прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках БП ОМС и ТП ОМС.

**Права пациента** – права, реализуемые на индивидуальном, коллективном и групповом уровнях в области здравоохранения, в том числе в связи с любым медицинским вмешательством.

**Профессиональная медицинская тайна** – не подлежащие разглашению сведения о пациенте, факте обращения за медицинской помощью, диагнозе и иные сведения о состоянии здоровья и частной жизни, полученные в результате лечения и обследования.

**Стандарты медицинской помощи** – это нормы, правила и рекомендации, утверждённые на уровне федерального органа исполнительной власти (ФОИВ) и определяющие порядок оказания медицинской помощи.

**Страхователь** – юридическое лицо или дееспособное физическое лицо, заключившее со страховщиком договор страхования либо являющееся страхователем в силу действующего законодательства РФ.

**Страховщик** (англ. Insurer) – юридическое лицо, имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности, выданную органом страхового надзора, и принимающее на себя по договору страхования за определённое вознаграждение (страховая премия) обязательство возместить страхователю или другому лицу, в пользу которого заключено страхование (выгодоприобретателю), убытки, возникшие в результате наступления страховых случаев, оговоренных в договоре страхования.

**Страховая медицинская организация** – юридическое лицо, участвующее в системе ОМС, имеющее лицензию, выданную Центральным Банком РФ, и наделённое отдельными полномочиями страховщика ОМС.

**Страховое обеспечение** – исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по её оплате медицинской организацией.

**Страховой медицинский полис** – документ, удостоверяющий право застрахованного лица на бесплатное оказание меди-

цинской помощи на всей территории РФ в объеме, предусмотренном БП ОМС.

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

**Страховой случай** – совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, беременность, роды, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение.

**Страховые взносы** – обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, имеют обезличенный характер и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

**Субвенция** ("приходить на помощь") – вид денежного пособия, выделяемого на определённый срок на конкретные цели; в отличие от дотации, подлежат возврату в случае нецелевого использования или использования в неустановленные сроки (субвенции носят целевой характер и не могут быть использованы на другие цели).

**Территориальная программа ОМС** – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации. ТП ОМС формируется в соответствии с требованиями, установленными БП ОМС

**Фармацевтическая организация** – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее фармацевтическую деятельность (организация оптовой торговли лекарственными средствами, аптечная организация).

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

## 1.2. Правовые основы обязательного медицинского страхования

Правовые основы ОМС заложены нормами соответствующего законодательства. Наиболее значимую роль в любой системе законодательства имеют нормы Конституции РФ и нормы международного права (при условии их официального признания и внедрения в правовую систему РФ).

РФ создает условия для достойной жизни и свободного развития людей, в том числе охраняет их здоровье (ст. 7 Конституции РФ).

Статьей 41 Конституции РФ закреплено, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. В РФ финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

Следующими в системе иерархии нормативно-правовых актов идут кодексы, федеральные законы, законы РФ, а именно:

– Закон РФ от 19.04.1991 г. № 1032-1 (ред. от 09.03.2016 г.) "О занятости населения в Российской Федерации"; (ред. от 09.03.2016 г.) (далее – Закон РФ "О занятости населения в Российской Федерации");

– Закон РФ от 07.02.1992 г. № 2300-1 (ред. от 13.07.2015 г.) "О защите прав потребителей";

– Закон РФ от 27.11.1992 г. № 4015-1 (ред. от 28.11.2015 г.; с изм. от 30.12.2015 г.; с изм. и доп., вступ. в силу с 09.02.2016 г.) "Об организации страхового дела в Российской Федерации".

– ФЗ от 19.02.1993 г. № 4528-1 (ред. от 22.12.2014 г.) "О беженцах" (далее – ФЗ "О беженцах");

– ФЗ от 01.04.1996 г. № 27-ФЗ (ред. от 01.12.2014 г.) "Об индивидуальном (персонифицированном) учёте в системе обязательного пенсионного страхования";

- ФЗ от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ (ред. от 30.12.2015 г.; с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016 г.) "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний";
- Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31.07.1998 г. № 145-ФЗ (ред. от 15.02.2016 г.);
- ФЗ от 16.07.1999 г. № 165-ФЗ (ред. от 01.12.2014 г.) "Об основах обязательного медицинского страхования";
- Налоговый кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 05.08.2000 г. № 117-ФЗ (ред. от 15.02.2016 г.);
- Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 г. № 195-ФЗ: (ред. от 09.03.2016 г.);
- ФЗ от 25.07.2002 г. № 115 - ФЗ (ред. от 30.12.2015 г.; с изм. и доп., вступ. в силу с 10.01.2016 г.) "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" (далее – ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в РФ");
- ФЗ от 27.07.2006 г. № 152 - ФЗ (ред. от 21.07.2014 г.; с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2015 г.) "О персональных данных";
- ФЗ от 24.07.2009 г. № 212-ФЗ (ред. от 29.12.2015 г.) "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования" (далее – ФЗ "О страховых взносах...");
- ФЗ от 27.07.2010 г. № 210-ФЗ (ред. от 12.02.2016 г.) "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг";
- ФЗ от 28.09.2010 г. № 244-ФЗ (ред. от 29.06.2015 г.) "Об инновационном центре "Сколково" (далее – ФЗ "Об инновационном центре "Сколково");
- ФЗ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 30.12.2015 г.; с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016 г.) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее – закон ОМС...");
- ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015 г.; с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016 г.) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее – ФЗ "Об основах охраны здоровья...").
- ФФ ОМС ПРИКАЗ от 11 мая 2016 г. № 88 "Об утверждении регламента взаимодействия участников обязательного медицинского

го страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи".

– ФЗ от 03.07.2016 № 28 "О внесении изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и отдельные законодательные акты Российской Федерации".

– Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию"

Отношения, связанные с ОМС, регулируются и иными нормативными правовыми актами РФ.

Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 г. № 158н (ред. от 06.08.2015 г.) "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" были утверждены Правила ОМС (далее – Правила ОМС), которые регулируют правоотношения субъектов и участников ОМС при реализации ФЗ "Об ОМС...". В случае, если международным договором РФ установлены иные правила, применяются правила международного договора РФ.

С 2010 г. уплату страховых взносов на ОМС регулирует ФЗ "О страховых взносах...", в котором в ст. 12 установлены тарифы страховых взносов в государственные внебюджетные фонды. Сумма страховых взносов исчисляется и уплачивается отдельно в каждый государственный внебюджетный фонд:

– в Пенсионный фонд РФ (на обязательное пенсионное страхование) – 22 %;

– в Фонд социального страхования РФ (на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством) – 2,9 %;

– в систему ОМС – с 01.01.2012 г. только в ФФ ОМС – 5,1 %.

Страховые взносы в течение расчётного периода уплачиваются в виде ежемесячных обязательных платежей. Срок уплаты – не позднее 15-го числа календарного месяца, следующего за календарным месяцем, за который начисляется ежемесячный обязательный платёж.

### 1.3. Основные принципы реализации обязательного медицинского страхования

Основные принципы осуществления ОМС применяются во всех взаимоотношениях, которые возникают между субъектами и участниками ОМС.

**Первый принцип** – обеспечение застрахованному лицу бесплатной медицинской помощи при наступлении страхового случая. По сути, тем самым раскрывается всеобщий характер ОМС, отраженный в ст. 41 Конституции РФ. Соблюдение названного принципа гарантирует каждому нуждающемуся человеку безвозмездное получение определённых видов медицинской помощи. Бесплатно оказывается медицинская помощь в рамках ТП ОМС и БП ОМС. Предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими организациями осуществляется при наличии у них сертификата и лицензии на избранный вид деятельности.

Перечень медицинских услуг, которые медицинские организации государственной и муниципальной систем здравоохранения могут оказывать на платной основе, ограничен.

На платной основе не может оказываться экстренная медицинская помощь, которая всегда предоставляется бесплатно.

**Второй принцип** – принцип устойчивости финансовой системы ОМС. Он означает наличие эффективных экономических рычагов, с помощью которых государство обеспечивает непрерывное и своевременное финансирование обязательств в рамках отношений ОМС, в частности, по своевременному перечислению из бюджета денежных средств медицинским организациям. По сути, финансовая система ОМС провозглашена автономной.

Устойчивость и стабильность финансовой системы обеспечивается на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам ОМС.

**Третий принцип** – принцип обязательности уплаты страхователями страховых взносов на ОМС. Как и любое страхование, ОМС обеспечивается главным образом за счёт средств, которые страховщик получает от страхователей. Размеры страховых взносов на ОМС установлены в ФЗ "О страховых взносах...").

**Четвёртый принцип** – государственная гарантия защиты застрахованных лиц от социальных рисков. Государство обеспечивает соблюдение прав застрахованных лиц на исполнение обяза-



тельств по ОМС в рамках БП ОМС. Принцип реализуется в установленные сроки вне зависимости от финансового положения страховщика, т. е. от количества денежных средств, находящихся на его счетах.

**Пятый принцип** – принцип создания условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС – предполагает соответствие оказываемой медицинской помощи определённым общеустановленным критериям. Общедоступность должна, в первую очередь, обеспечиваться наличием разветвлённой сети разнопрофильных медицинских организаций, имеющих достойную материальную базу и возможность принимать пациентов. Качество медицинской помощи оценивается по стандартам медицинской помощи. Медицинские организации обязаны обеспечить граждан бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей сведения о местонахождении медицинской организации и режиме её работы, об условиях предоставления и получения медицинских услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

**Шестой принцип** – паритетность представительства субъектов и участников ОМС в органах управления ОМС означает равенство прав, предоставленных застрахованным лицам, страхователям, ФФ ОМС, ТФ ОМС, СМО, медицинским организациям. Никто из них не может быть ущемлен в правах, равно как ни на кого не могут быть возложены дополнительные обязанности, помимо установленных действующим законодательством РФ или соглашением сторон.

#### **1.4. Полномочия Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования**

В 2012 г. были чётко разделены полномочия РФ и регионов в сфере ОМС.

Организация ОМС на территориях субъектов РФ в названа одним из важнейших полномочий РФ.

Перечень полномочий РФ в сфере обязательного медицинского страхования сформулирован как исчерпывающий. Он включает в себя основополагающие полномочия, ряд которых РФ делегирует своим субъектам.

**Первой и основной обязанностью** является разработка и реализация государственной политики в сфере ОМС. В названной норме находит свою конкретизацию ст. 41 Конституции РФ, которая гарантирует каждому право на получение бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Основные принципы государственной политики находят свое отражение в посланиях Президента РФ, в докладах членов Правительства РФ, которые используются для разработки законопроектов. Решению наиболее приоритетных задач государственной политики отдается предпочтение при распределении бюджетных средств.

В упрощенном виде ОМС реализуется по следующей схеме:

- страхователи перечисляют взносы за застрахованных лиц (за работников или за себя);

- страховые медицинские организации выдают полисы застрахованным лицам, заключая договоры со страхователями и с медицинскими учреждениями;

- медицинские учреждения оказывают застрахованным лицам медицинские услуги и передают реестры пролечившихся в страховую медицинскую организацию;

- страховые медицинские организации оплачивают все расходы медицинских учреждений за счет средств ОМС, получаемых страховыми медицинскими организациями от ФФ ОМС.

ФФ ОМС и иные уполномоченные органы осуществляют надзор за рациональным использованием средств в системе ОМС, в основном путем проведения ревизий и целевых проверок.

**Второе полномочие** включает выработку конкретного механизма взаимодействия субъектов ОМС, направленного на организацию ОМС на территории России. Организация подразумевает определение круга прав и обязанностей и роли каждого из участников ОМС, т.е. целей, задач их деятельности, ответственности за нарушения, определение источников и объемов финансирования и т.п. Отдельные перечисленные полномочия в рамках организации ОМС на территории России переданы субъектам РФ.

**Третьим полномочием** РФ названо установление круга лиц, подлежащих ОМС. Названный круг лиц определен в Законе. Кроме того, для определения круга застрахованных лиц следует обращаться к нормам иных федеральных законов, перечисленных

выше.

**Четвертым полномочием** является установление тарифов и порядка взимания страховых взносов на ОМС, что также регулируется исключительно на уровне федерального законодательства. Тарифы страховых взносов представляют собой размеры страхового взноса на единицу измерения базы для начисления страховых взносов. Установление тех или иных величин тарифов согласуется с направлениями современной государственной политики в сфере ОМС.

**Пятым полномочием** названо полномочие по утверждению БП ОМС и единых требований к ТП ОМС. Напомним, что БП ОМС является составной частью Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

**Шестым полномочием** РФ является установление порядка распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета ФФ ОМС бюджетам ТФ ОМС.

Под субвенциями бюджетам ТФ ОМС из бюджета ФФ ОМС понимаются межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджетам ТФ ОМС в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов РФ, возникающих при выполнении полномочий РФ в сфере ОМС, переданных для их осуществления органам государственной власти субъектов РФ федеральными законами. Многие вопросы распределения, предоставления и расходования субвенций решаются в статьях Бюджетного кодекса РФ.

Также отражена ответственность субъектов и участников ОМС за нарушение законодательства об ОМС.

Ответственность участников и субъектов ОМС может быть уголовной, административной, гражданско-правовой. На работников медицинских организаций, ТФ ОМС, а также ФФ ОМС может налагаться дисциплинарная ответственность в соответствии с положениями трудового законодательства.

Полномочие по организации управления средствами ОМС заключается в аккумулировании средств ОМС, составлении и исполнении бюджета, распределении и направлении денежных средств на выполнение целей и задач ОМС.

Разделение общих принципов организации информационных систем и информационного взаимодействия, ведения персонифицированного учета осуществляется Российской Федерацией, в

первую очередь, путем закрепления в нормах права и формирования правоприменительной практики.

Среди общих принципов организации информационных систем и информационного взаимодействия, ведения персонафицированного учета можно отметить:

- направленность на создание эффективной информационно-аналитической системы ведения федеральных реестров и регистров, а также нормативно-справочного обеспечения в сфере здравоохранения;

- направленность на создание эффективной информационной системы персонафицированного учета оказания медицинской помощи;

- информационную поддержку процесса оказания первичной медицинской помощи, а также лечебно-диагностического процесса, в том числе на основе обеспечения доступа медицинских работников к нормативно-справочной информации, необходимой для профессиональной деятельности;

- информационную поддержку оказания услуг высокотехнологичной медицинской помощи;

- направленность на создание и внедрение автоматизированной системы ведения медицинской карты пациента в электронном виде;

- создание условий для реализации саморегулируемой системы организации медицинской помощи с использованием постоянного мониторинга и анализа показателей качества медицинской помощи;

- упорядочение системы финансирования и управления организациями отрасли здравоохранения.

Информация, формируемая в рамках названной системы, позволит решать задачи по анализу и прогнозированию ключевых показателей развития отрасли здравоохранения, а также повышению качества и оперативности предоставления медицинских услуг населению.

Установление системы защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС осуществляется Российской Федерацией, главным образом путем закрепления обязанностей органов власти и организаций перед застрахованными лицами и формирования правоприменительной практики.

Так, на ТФ ОМС возложено осуществление такого полномо-

чия страховщика, как предъявление в интересах застрахованного лица требований к страхователю, СМО и медицинской организации, в том числе в судебном порядке, связанных с защитой его прав и законных интересов в сфере ОМС, а также предъявление претензий и (или) исков к медицинской организации о возмещении имущественного или морального вреда, причиненного застрахованному лицу; предъявление исков к юридическим или физическим лицам, ответственным за причинение вреда здоровью застрахованного лица, в целях возмещения расходов в пределах суммы, затраченной на оказание медицинской помощи застрахованному лицу.

СМО рассматривают обращения и жалобы граждан, осуществляют деятельность по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, а также информируют застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи и их правах на защиту.

Следует упомянуть такие органы, как Межрегиональный координационный совет по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере ОМС, и координационные советы по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере ОМС, действующие в субъектах РФ.

Межрегиональный координационный совет по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере ОМС является коллегиальным органом при ФФ ОМС, нацеленным на формирование, внедрение в практику и последующее совершенствование системы ОМС. Большое внимание совет уделяет вопросам организации защиты прав застрахованных лиц, включая контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере ОМС.

**Отдельные полномочия** РФ в сфере ОМС могут быть переданы (делегированы) для осуществления органам государственной власти субъектов РФ. Организация ОМС на территориях субъектов РФ в Законе названа одним из важнейших полномочий РФ.

Делегирование полномочий органам государственной власти субъекта РФ имеет несколько важных последствий:

- во-первых, позволяет органам государственной власти оперативно реагировать на ситуационные изменения, связанные, например, с определением дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения ОМС;

- во-вторых, определяет порядок финансирования переданных полномочий;

- в-третьих, устанавливает ответственность органов государственной власти за эффективную реализацию основных направлений государственной политики на территории субъекта, например, за организацию системы регистрационного учета.

**Контроль** за использованием средств ОМС на территориях субъектов РФ может осуществляться посредством проверок, ревизий и возможен в виде:

- плановых проверок, проводимых путем сплошной или выборочной экспертизы документов о любых случаях использования денежных средств;

- целевых проверок, проводимых путем сплошной или выборочной экспертизы документов об использовании денежных средств, а также в случаях поступления информации о нарушениях, жалобах или претензиях.

Контроль проводится в соответствии с планами организационных мероприятий, утверждаемыми органами управления здравоохранением и фондами ОМС соответствующих уровней. В некоторых случаях может проводиться совместный контроль с участием клинично-экспертных комиссий, главных штатных и внештатных специалистов лечебно-профилактических учреждений и органов управления здравоохранением всех уровней совместно с экспертами страховых медицинских организаций и/или специалистами территориальных фондов ОМС, выполняющих функцию страховщика.

В случаях выявления при проведении контроля необоснованного использования денежных средств виновные в этом несут ответственность согласно действующему законодательству РФ.

Целью контроля за использованием средств ОМС является обеспечение установленных законодательством РФ и субъектов РФ прав граждан на получение ОМС, а также оптимальное использование средств бюджета.

Контроль за использованием средств ОМС, обеспечивающих осуществление делегированных полномочий, проводится не-

сколькими субъектами:

- ФФ ОМС;
- федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере;
- Счетной палатой РФ.

Федеральная служба финансово-бюджетного надзора (Росфиннадзор) является тем самым федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере. Федеральная служба финансово-бюджетного надзора находится в ведении Министерства финансов РФ. ФФ ОМС осуществляет в установленном им порядке контроль за соблюдением субъектами и участниками ОМС законодательства и за использованием ими средств ОМС, в том числе проводит проверки и ревизии.

Проверки ФФ ОМС проводятся посредством:

- анализа законов и нормативных правовых актов субъектов РФ, учредительных, регистрационных, распорядительных, отчетных, бухгалтерских и других документов (по форме и содержанию) в целях установления законности и правильности совершенных финансовых и хозяйственных операций;

- определения соответствия совершенных финансовых и хозяйственных операций данных бюджетной (бухгалтерской) отчетности и отчетности, установленной в сфере ОМС, данным первичных документов, в том числе по фактам получения и выдачи указанных в них денежных средств и материальных ценностей, фактически выполненных работ (оказанных услуг);

- анализа данных персонифицированного учета в сфере ОМС (персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам) в целях осуществления контроля за использованием средств ОМС;

- запроса у страхователей для неработающих граждан, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, уполномоченных органов исполнительной власти субъектов РФ, иных организаций, получающих средства ОМС, и (или) реализующих мероприятия, предусмотренные законодательством об ОМС, документов, объяснений, информации по вопросам программы проверки или типовой программы проверки и (или) изу-

чения данных документов по месту нахождения или месту осуществления деятельности указанных объектов контроля.

## **Контрольные вопросы**

1. Что такое государственное обязательное социальное страхование?
2. Определение ОМС, основные принципы реализации ОМС.
3. Какими нормативными правовыми актами РФ регламентирована реализация ОМС?
4. Что такое страховой взнос, и в какие фонды он перечисляется?
5. Какой процент страхового взноса перечисляется ОМС?
6. Как понимается всеобщий характер ОМС?
7. Охарактеризовать доступность и качество медицинской помощи в системе ОМС.
8. Что гарантирует государство лицу, застрахованному в системе ОМС?
9. Что такое принцип устойчивости финансовой автономности системы ОМС?
10. Перечислить полномочия РФ в сфере ОМС.
11. Перечислить полномочия исполнительного органа государственной власти субъекта РФ в сфере ОМС.



## Раздел 2

### СУБЪЕКТЫ И УЧАСТНИКИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Основными непосредственно действующими лицами ОМС являются участники и субъекты. Пожалуй, основным отличием субъектов от участников является то, что правовое положение субъектов строго определяется законом и их состав является обязательным. Наличие страховщика, страхователя и застрахованного лица является "классикой" модели любого обязательного страхования.

**Субъекты ОМС:** застрахованные лица; страхователи; ФФ ОМС.

**Участники ОМС:** ТФ ОМС; СМО; медицинские организации.

Субъекты и участники ОМС участвуют в отношениях по ОМС и при этом играют свою определенную роль и имеют свой круг полномочий. Между участниками ОМС заключаются договоры о финансовом обеспечении ОМС и договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. В частности, к застрахованным лицам отнесены работающие и неработающие граждане РФ. Установлено, что постоянно или временно проживающие на территории РФ иностранные граждане и лица без гражданства имеют такие же права и обязанности в системе ОМС, как и граждане РФ.

Участниками ОМС могут быть юридические лица, создаваемые и действующие на основании законодательства РФ и выполняющие вспомогательные функции в рамках ОМС.

Единым Страховщиком в системе ОМС назван ФФ ОМС. Отдельные полномочия страховщика осуществляются ТФ ОМС и СМО, которые имеют статус участников ОМС.

Страхователями в системе ОМС являются:

– для неработающего населения – исполнительный орган государственной власти РФ;

– для работающего населения – работодатели, к числу которых относятся организации, физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей, нотариусы, занимающиеся частной практикой, адвокаты, физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые в соответствии с действующим законодательством РФ начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды ОМС.

Медицинские организации также являются полноправными участниками системы ОМС. К ним относятся:

– медицинские организации, научно-исследовательские институты, медицинские институты, другие медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь;

– индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно (частнопрактикующие врачи, которые могут иметь свой персонал, врачебные кабинеты).

## **2.1. Субъекты обязательного медицинского страхования**

### ***Застрахованные лица***

Застрахованными лицами являются граждане РФ, иностранные граждане, постоянно или временно проживающие в РФ, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в РФ трудовую деятельность в соответствии со ст. 13.5 ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в РФ"), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ "О беженцах":

1. Лица, работающие по трудовому договору или гражданско-правовому договору, предметом которого является выполнение работ, оказание услуг по договору авторского заказа, а также авторы произведений, получающие выплаты и иные вознаграждения по договорам об отчуждении исключительного права на

произведения науки, литературы, искусства, по издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства.

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

3. Лица, являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств.

4. Лица, являющиеся членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ, проживающие в районах Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ, занимающиеся традиционными отраслями хозяйствования.

5. Неработающие граждане:

а) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;  
б) неработающие пенсионеры, независимо от основания назначения пенсии;

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

г) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с Законом РФ "О занятости населения в Российской Федерации";

д) один из родителей или опекун, занятые уходом за ребёнком до достижения им возраста 3 лет;

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

ж) иные не работающие по трудовому договору и не указанные в подпунктах "а"- "е" п. 5 граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

В качестве критериев отнесения физических лиц к категории застрахованных можно назвать:

– принадлежность к тому или иному гражданству (гражданин РФ, иностранец или апатрид);

– факт проживания в РФ (в пределах или за пределами РФ);

– занятость (работающий или неработающий);

– род занятий (наемный работник, индивидуальный предпри-

ниматель, занимающийся частной практикой нотариус, адвокат, член крестьянского (фермерского) хозяйства и т.п.);

– в отдельных случаях – наличие определённого статуса, например, статуса беженца или высококвалифицированного специалиста или члена его семьи (для иностранных работников).

Прежде всего, следует определиться с признаком гражданства.

Все работающие граждане РФ, проживающие на её территории, подлежат ОМС. Это касается лиц, работающих по трудовому договору, по гражданско-правовому договору, предметом которого является выполнение работ, оказание услуг, по договору авторского заказа или лицензионному договору, а также лиц, самостоятельно обеспечивающих себя работой, и других.

Отдельно стоит остановиться на иностранных гражданах и лицах без гражданства, которые имеют статус высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в РФ".

Высококвалифицированным специалистом признается иностранный гражданин, имеющий опыт работы, навыки или достижения в конкретной области деятельности, если условия привлечения его к трудовой деятельности в РФ предполагают получение им заработной платы (вознаграждения):

– в размере не менее одного миллиона рублей из расчета за 1 год (365 календарных дней) – для высококвалифицированных специалистов, являющихся научными работниками или преподавателями, в случае их приглашения для занятия научно-исследовательской или педагогической деятельностью по имеющим государственную аккредитацию образовательным программам образовательными организациями высшего образования, государственными академиями наук или их региональными отделениями, национальными исследовательскими центрами либо государственными научными центрами, а также для высококвалифицированных специалистов, привлечённых к трудовой деятельности резидентами промышленно-производственных, туристско-рекреационных, портовых особых экономических зон (за исключением индивидуальных предпринимателей);

– в размере не менее чем 700 000 рублей из расчёта за 1 год (365 календарных дней) – для иностранных граждан, привлечённых к трудовой деятельности резидентами технико-

внедренческой особой экономической зоны (за исключением индивидуальных предпринимателей);

– без учёта требования к размеру заработной платы – для иностранных граждан, участвующих в реализации проекта "Сколково" в соответствии с ФЗ "Об инновационном центре "Сколково";

– в размере не менее двух миллионов рублей из расчёта за 1 год (365 календарных дней) – для иных иностранных граждан.

К членам семьи высококвалифицированного специалиста относятся его супруг (супруга), дети (в том числе усыновленные), супруги детей, родители (в том числе приёмные), супруги родителей, бабушки, дедушки, внуки. Речь идёт только о тех членах семьи, которые прибыли в РФ как иностранные граждане вместе с высококвалифицированным специалистом.

Подробно статус высококвалифицированных специалистов и членов их семей определяет ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в РФ", в соответствии с которым высококвалифицированный специалист и прибывшие в РФ члены его семьи, являющиеся иностранными гражданами, должны иметь действующий на территории РФ договор (полис) ОМС либо право на основании соответствующего договора, заключённого работодателем или заказчиком работ (услуг) с медицинской организацией, на получение первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи.

### ***Страхователи***

Закон определяет круг страхователей, являющихся субъектами ОМС. Страхователи делятся на две группы:

- группа 1 (страхователи для работающих граждан);
- группа 2 (страхователи для неработающих граждан).

#### ***Группа 1 – страхователи для работающих граждан:***

– работающих по трудовому договору (в том числе руководители организаций, являющиеся единственными участниками (учредителями), членами организаций, собственниками их имущества);

– работающих по гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг, по договору авторского заказа, а также авторов произведений, получающих выплаты и иные вознаграждения по договорам об от-

чуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, по издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства;

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

– являющихся членами крестьянских (фермерских) хозяйств;

– являющихся членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ, проживающих в районах Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования.

Страхователями для работающих граждан являются:

– лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:

а) организации;

б) индивидуальные предприниматели;

в) физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;

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

*Группа 2 – страхователи для неработающих граждан, которыми являются органы исполнительной власти субъектов РФ, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов РФ.*

Страховые взносы уплачиваются за всех неработающих граждан, к которым относятся:

– дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;

– неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;

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

– безработные граждане, зарегистрированные в органах службы занятости;

– один из родителей или опекун, занятые уходом за ребёнком до достижения им возраста 3 лет;

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

– иные не работающие по трудовому договору граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

***Страховщик – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФ ОМС)*** создан для реализации государственной политики в области ОМС граждан как составной части государственного социального страхования.

Он осуществляет свою деятельность в соответствии с Конституцией РФ, федеральными конституционными законами, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента РФ, постановлениями и распоряжениями Правительства РФ, нормативными правовыми актами уполномоченного федерального органа, а также Уставом, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 29 июля 1998 г. N 857.

ФФ ОМС является некоммерческой организацией. Согласно Уставу, ФФ ОМС создан в виде государственного некоммерческого финансово-кредитного учреждения.

Как самостоятельное юридическое лицо ФФ ОМС имеет самостоятельный баланс, обособленное имущество, счета в учреждениях Центрального банка России и других кредитных организациях, печать со своим наименованием, штампы и бланки установленного образца.

К органам управления ФФОМС относятся:

- 1) правление ФФОМС;
- 2) председатель ФФОМС.

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

Основные функции правления:

- утверждение перспективных планов работы Федерального фонда;
- рассмотрение проектов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования и отчетов о его исполнении, утверждение годовых отчетов о результатах деятельности Федерального фонда медицинского страхования;

- рассмотрение нормативных актов по совершенствованию системы обязательного медицинского страхования, разрабатываемых ФОМС;
- утверждение норматива средств на содержание ФОМС, разработка рекомендаций по определению норматива средств на содержание территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций;
- формирование ревизионной комиссии.

Состав правления утверждается Правительством РФ, срок полномочий правления составляет 3 года. Численный состав определяется в количестве 11 человек. В состав правления входят руководитель уполномоченного федерального органа исполнительной власти и председатель Федерального фонда по должности. Конкретный состав правления утверждается Правительством РФ по представлению руководителя уполномоченного федерального органа исполнительной власти.

В состав правления также могут включаться представители федеральных органов законодательной и исполнительной ветвей власти, представители общероссийских объединений работодателей, профсоюзов и других общественных организаций. Необходимо отметить, что при включении вышеназванных организаций в правление они входят на паритетных началах. Заседание правления считается правомочным, если присутствуют не менее двух третей членов правления. Решение принимается простым большинством голосов. Заседания правления проводятся не реже одного раза в три месяца

Основными задачами Федерального фонда являются:

- обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС и создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на всей территории РФ в рамках БП ОМС;
- аккумулялирование финансовых средств бюджета ФФ ОМС для обеспечения финансовой стабильности системы ОМС.

В целях выполнения основных задач ФФ ОМС осуществляет:

- 1) выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов ОМС в рамках БП ОМС;
- 2) разработку в установленном порядке вносит предложения о размере взносов на ОМС;



- 3) в соответствии с установленным порядком аккумуляции финансовых средств бюджета ФФ ОМС;
- 4) выделение в установленном порядке средства ТФ ОМС, в том числе на безвозвратной и возвратной основе, для выполнения ТП ОМС;
- 5) совместно с ТФ ОМС контроль за рациональным использованием финансовых средств в системе ОМС, в том числе путем проведения соответствующих ревизий и целевых проверок;
- 6) в пределах своей компетенции организационно-методическую деятельность по обеспечению функционирования системы ОМС;
- 7) вносит в установленном порядке предложения по совершенствованию законодательных и иных нормативных правовых актов по вопросам ОМС;
- 8) участвует в разработке БП ОМС;
- 9) сбор и анализ информации, в том числе о финансовых средствах системы ОМС, и представляет соответствующие материалы в уполномоченный федеральный орган;
- 10) организацию в установленном порядке подготовку специалистов для системы ОМС;
- 11) изучение и обобщает практику применения нормативных правовых актов по вопросам ОМС;
- 12) обеспечение в установленном порядке организации научно-исследовательских работ в области ОМС;
- 13) участие в установленном порядке в международном сотрудничестве по вопросам ОМС;
- 14) ежегодно представляет в уполномоченный федеральный орган проекты федеральных законов о бюджете ФФ ОМС на очередной финансовый год и плановый период и о его исполнении за отчетный финансовый год;
- 15) защиту информации ограниченного доступа.

Управление Фондом осуществляется коллегиальным органом – правлением и постоянно действующим исполнительным органом – председателем ФФ ОМС. Правление утверждает перспективные планы работы ФФ ОМС, рассматривает проекты бюджета фонда и отчетов о его исполнении, утверждает годовые отчеты о результатах деятельности фонда. Председатель ФФ ОМС назначается на должность и освобождается от должности Правитель-

ством РФ по предложению Министра здравоохранения РФ.

Контроль за финансовой деятельностью Фонда осуществляет ревизионная комиссия. Порядок организации проверок деятельности Фонда устанавливается уполномоченным федеральным органом.

Ликвидация и реорганизация ФФ ОМС осуществляется в случае принятия соответствующего федерального закона.

Приказом Минздрава РФ и Федерального фонда ОМС от 13 ноября 2003 г. N 542/58 утверждена отраслевая отчетная форма N 62 "Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи". Данная форма отчетности содержит следующую информацию:

- сведения об учреждениях здравоохранения, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий;
- суммы финансовых средств по видам медицинской помощи, выделенных за счет всех источников финансирования на выполнение территориальной программы государственных гарантий;
- объемы медицинской помощи, оказанной населению;
- виды медицинской помощи, финансируемой из бюджета;
- сведения о реализации целевых программ.

В бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период предусматриваются бюджетные ассигнования:

1) на финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации федеральными государственными учреждениями, функции и полномочия учредителя которых осуществляют федеральные органы исполнительной власти;

2) на софинансирование расходов субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций частной системы здравоохранения, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации утверждается уполномоченным федеральным органом исполни-

тельной власти на основании установленных им критериев отбора медицинских организаций частной системы здравоохранения.

Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации, осуществляется с учетом объемов этой помощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи.

Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации федеральными государственными учреждениями, осуществляется в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, путем предоставления из бюджета Федерального фонда федеральным государственным учреждениям субсидий на финансовое обеспечение выполнения ими государственного задания, утвержденного федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции и полномочия учредителя в отношении указанных федеральных государственных учреждений.

Данные субсидии предоставляются на основании соглашения о порядке и об условиях предоставления субсидий, заключаемого между Федеральным фондом, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции и полномочия учредителя в отношении федеральных государственных учреждений, и федеральным государственным учреждением по форме и в порядке, которые утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Неиспользованные остатки средств, в текущем финансовом году, предоставленных из бюджета Федерального фонда федеральным государственным учреждениям на финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, используются федеральными государственными учреждениями в очередном финансовом году на те же цели.

Контроль за использованием средств осуществляется Федеральным фондом и федеральными органами исполнительной власти, осуществляющими функции и полномочия учредителя в отношении федеральных государственных учреждений.

## 2.2. Участники обязательного медицинского страхования

*Территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФ ОМС)* относятся к числу участников ОМС и действуют как самостоятельные юридические лица – некоммерческие организации. Они изначально созданы в каждом из субъектов РФ для реализации государственной политики в области ОМС как составной части государственного социального страхования. При отсутствии страховой медицинской организации ТФ ОМС может выполнять ее функции.

ТФ ОМС является самостоятельным юридическим лицом. В соответствии с Законом ОМС и Типовым положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования управление ТФ ОМС осуществляется директором, который назначается на должность и освобождается от должности высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ. Обязательным условием является согласование кандидатуры на должность исполнительного директора территориального фонда с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Директор территориального фонда осуществляет следующие функции:

- действует от имени территориального фонда и представляет его интересы без доверенности;
- распределяет обязанности между своими заместителями;
- представляет для утверждения в высший исполнительный орган государственной власти субъекта РФ предельную численность, структуру территориального фонда, фонд оплаты труда;
- утверждает штатное расписание и фонд оплаты труда в пределах установленной предельной численности, по согласованию с правлением территориального фонда;
- утверждает положения о структурных подразделениях, должностные инструкции сотрудников территориального фонда обязательного медицинского страхования;
- издает приказы, распоряжения административно-хозяйственного и организационно-распорядительного характера;

- назначает на должность и освобождает от должности работников территориального фонда в соответствии с трудовым законодательством РФ;
- привлекает работников территориального фонда к дисциплинарной ответственности в соответствии с трудовым законодательством РФ;
- представляет в установленном порядке особо отличившихся работников территориального фонда к присвоению почетных званий и награждению государственными наградами Российской Федерации и ведомственными наградами;
- открывает расчетные и другие счета территориального фонда;
- организует ведение учета и отчетности территориального фонда.

В РФ все ТФ ОМС осуществляют свою деятельность в соответствии с действующим законодательством РФ, соответствующего субъекта РФ, а также на основании Положения.

Основные задачи ТФ ОМС:

1. Обеспечение прав граждан в системе ОМС.
2. Обеспечение всеобщности ОМС граждан.
3. Достижение социальной справедливости и равенства всех граждан в системе ОМС.
4. Обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС.

Функции ТФ ОМС

- осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации ТП ОМС в пределах БП ОМС;
- осуществляют контроль за рациональным использованием финансовых средств, направляемых на ОМС граждан;
- участвуют в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и определении тарифов на оплату медицинской помощи на территории субъекта РФ;
- аккумулируют средства ОМС и управляют ими, осуществляют финансовое обеспечение реализации ТП ОМС в субъекте РФ, формируют и используют резервы для обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС в порядке, установленном ФФ ОМС;
- получают от органа, осуществляющего контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью

уплаты (перечисления) страховых взносов на ОМС, необходимую информацию для осуществления ОМС;

- утверждают для СМО дифференцированные подушевые нормативы в порядке, установленном Правилами ОМС;
- предъявляют в интересах застрахованного лица требования к страхователю, СМО и медицинской организации, в том числе в судебном порядке, связанные с защитой его прав и законных интересов в сфере ОМС;
- обеспечивают права граждан в сфере ОМС, в том числе путём проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, информирование граждан о порядке обеспечения и защиты их прав в соответствии с законом;
- ведут территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи, в соответствии с порядком организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- вправе предъявлять претензии и (или) иски к медицинской организации о возмещении имущественного или морального вреда, причинённого застрахованному лицу;
- вправе предъявлять иск к юридическим или физическим лицам, ответственным за причинение вреда здоровью застрахованного лица, в целях возмещения расходов в пределах суммы, затраченной на оказание медицинской помощи застрахованному лицу;
- осуществляют контроль за использованием СМО средств ОМС медицинскими организациями, в том числе проводят проверки и ревизии;
- собирают и обрабатывает данные персонифицированного учёта сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учёта сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в соответствии с действующим законодательством РФ;
- ведут реестр СМО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории субъекта РФ;
- ведут реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории субъекта РФ;

- осуществляют расчёты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, в объёме, установленном БП ОМС.

Для выполнения своих задач территориальные фонды могут создавать в городах и районах филиалы и представительства, которые осуществляют свою деятельность в соответствии с Положениями, утвержденными территориальными фондами.

Управление ТФ ОМС осуществляется директором, который назначается на должность и освобождается от должности высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ (далее – ИОГВС РФ) по согласованию с ФФ ОМС.

ТФ ОМС в своей деятельности подотчётен высшему ИОГВС РФ и ФФ ОМС.

Одним из важных критериев эффективности деятельности ТФ ОМС является обеспеченность ТП ОМС собственными источниками финансирования.

Территориальным фондом проводятся проверки страховых медицинских организаций (филиалов страховых медицинских организаций), осуществляющих (осуществлявших) деятельность в сфере ОМС на основании договора, заключенного между территориальным фондом и страховой медицинской организацией (филиалом страховой медицинской организации) (далее – СМО). Проверки проводятся работниками контрольно-ревизионных подразделений территориального фонда и (или) иных структурных подразделений ТФ ОМС с целью предупреждения и выявления нарушений норм законодательства.

В полномочия ТФ ОМС входит контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями. Аналогичное полномочие закреплено в п. 8.12 Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденного Приказом Минздравсоцразвития России от 21 января 2011 г. N 15н.

Контроль за деятельностью ТФ ОМС осуществляет ревизионная комиссия. Правление ФФ ОМС по мере необходимости, но не реже 1 раза в год назначает аудиторскую проверку деятельности ТФ ОМС субъекта РФ. Отчёт о доходах и расходах ТФ ОМС,

а также результатах его деятельности ежегодно заслушивает высший ИОГВС РФ.

***Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (СМО).*** СМО могут быть только юридическими лицами. Осуществлять деятельность СМО не вправе физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей.

СМО могут иметь частную, муниципальную, государственную формы собственности, могут являться обществами с ограниченной ответственностью, открытыми или закрытыми акционерными обществами.

Однако СМО не вправе осуществлять иную деятельность, за исключением деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию, и обязаны иметь лицензию для осуществления деятельности в рамках ОМС. Лицензия выдается Федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности. В нормах Закона РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации" предусмотрены некоторые дополнительные условия, не указанные в комментируемой статье, но предъявляемые ко всем страховым организациям, среди которых – требование к наличию и размеру уставного капитала. Только страховые медицинские организации, обладающие необходимым для осуществления обязательного медицинского страхования уставным капиталом, вправе вести свою деятельность, при этом уставный капитал должен быть полностью оплачен. Внесение в уставный капитал заемных средств и находящегося в залоге имущества не допускается. При этом изменение минимального размера уставного капитала страховщика допускается только федеральным законом не чаще одного раза в два года при обязательном установлении переходного периода. Внесение в уставный капитал заемных средств и находящегося в залоге имущества не допускается. Страховые медицинские организации для обеспечения устойчивости страховой деятельности создают резервные фонды.

В дальнейшем особенности лицензирования деятельности страховых медицинских организаций могут дополнительно определяться Правительством РФ (ч. 1).



Страховая медицинская организация осуществляет отдельные полномочия страховщика, которым в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования является ФФ ОМС. В частности, при отсутствии на территории субъекта ТФ ОМС страховая медицинская организация вправе аккумулировать средства обязательного медицинского страхования и управлять ими, осуществлять финансовое обеспечение реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в субъекте РФ, формировать и использовать резервы для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования в порядке, установленном ФФ ОМС.

СМО имеет отдельные полномочия Страховщика, и ее основными задачами являются организация и финансирование медицинской помощи застрахованным гражданам, осуществление контроля за объёмом, сроками и качеством медицинских и иных услуг на основании договора о финансовом обеспечении ОМС, защита прав застрахованных. Средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в СМО, являются средствами целевого финансирования.

Информация, касающаяся деятельности страховых медицинских организаций, является гласной и подлежит обязательному опубликованию в средствах массовой информации. Обязательному опубликованию подлежат следующие сведения:

- о деятельности организации;
- о составе учредителей (участников, акционеров);
- о финансовых результатах деятельности;
- об опыте работы;
- о количестве застрахованных лиц;
- о медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта РФ;
- о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;
- о выявленных по обращениям застрахованных лиц нарушениях при предоставлении медицинской помощи;
- о правах граждан в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе праве выбора или замены страховой медицинской организации, медицинской организации;

- о порядке получения полиса обязательного медицинского страхования;
- об обязанностях застрахованных лиц.

В соответствии с законом, СМО обязаны публиковать в средствах массовой информации или доводить до сведения застрахованных на собственных официальных сайтах в информационно-телекоммуникационной сети Интернет информацию о своей деятельности, составе учредителей (участников, акционеров), финансовых результатах деятельности, об опыте работы, о количестве застрахованных лиц, медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории субъекта РФ, видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи, о выявленных, по обращениям застрахованных лиц, нарушениях при предоставлении медицинской помощи, правах граждан в сфере ОМС, в том числе праве выбора или замены СМО, медицинской организации, порядке получения полиса ОМС, а также об обязанностях застрахованных лиц, в соответствии с законом.

Страховые медицинские организации отвечают по обязательствам, возникающим из договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, а также на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с законодательством РФ и условиями этих договоров.

В приложении к типовому договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденному Приказом Минздравсоцразвития от 9 сентября 2011 г. N 1030н, утвержден перечень возможных нарушений и санкций, который включает в себя:

- нарушения порядка выдачи полиса обязательного медицинского страхования - штраф в размере 3000 рублей за каждый случай нарушения;
- нарушение сроков представления данных о застрахованных лицах и сведений об их изменении – штраф в размере 3000 рублей за каждый случай нарушения;
- нарушение сроков представления сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам – штраф в размере 3000 рублей за каждый случай нарушения;

- отказ в заключении договора с медицинской организацией на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, включенной в реестр медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования в субъекте РФ – штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения;

- отказ в регистрации жалобы застрахованного лица, нарушение сроков рассмотрения жалоб застрахованных лиц, отказ в проведении экспертизы качества медицинской помощи по жалобе застрахованного лица, недоведение до заявителя результатов рассмотрения (или экспертизы качества медицинской помощи) – штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения, и некоторые другие.

Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы, возникшей после заключения настоящего договора (война, пожар, стихийное бедствие и т.п.).

С 1 января 2014 г. на страховые медицинские организации возложена обязанность осуществлять информационное сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи, о котором упоминается в порядке, установленном разделом XV Правил обязательного медицинского страхования. Информационное сопровождение в данном случае, по сути, означает продолжительное по времени, осуществляемое с соблюдением строгого режима оказание услуг застрахованным лицам. Информирование подразумевает предварительное аккумулирование, обобщение и обработку информации, поступившей от медицинских организаций и ТФ ОМС, в результате чего сведения становятся общедоступными для застрахованных лиц.

Так, страховыми медицинскими организациями осуществляется получение и обобщение информации, представляемой ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях:

1) о выполнении объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной про-

граммы по случаям госпитализации в разрезе профилей медицинской помощи, оказание которой предусмотрено лицензией медицинской организации, лицам, застрахованным в данной страховой медицинской организации;

2) о числе застрахованных лиц, госпитализированных в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях (в том числе по типам медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию), выбравших медицинскую организацию и получивших направление на госпитализацию, выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация.

Кроме того, каждая страховая медицинская организация обязана обобщать и вести учет по состоянию на 09.00 часов дня передачи информации следующих показателей по каждой медицинской организации:

1) выполненных объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в разрезе профилей (кодов) отделений по всем медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у нее заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

2) наличия числа свободных мест на госпитализацию в разрезе отделений (кодов) по каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

3) числа застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях и получивших направление на оказание в плановой и неотложной форме специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, по каждой медицинской организации, с которыми у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

4) числа застрахованных лиц, госпитализированных в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях (в том числе по типам медицинских органи-

заций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию), выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, а также в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, не позднее 1 дня с даты плановой госпитализации.

Страховые медицинские организации ведут отдельный учет доходов и расходов по операциям со средствами обязательного медицинского страхования и средствами добровольного медицинского страхования и ФФ ОМС, в пределах своей компетенции.

Также отдельно учитываются собственные средства и средства обязательного медицинского страхования, предназначенные для оплаты медицинской помощи. Соблюдение требований раздельного учета средств может являться предметом проверок.

Раздельный учет производится путем отражения средств на разных счетах и субсчетах. Так, счет 86 "Целевое финансирование" используется для обобщения информации о движении средств обязательного медицинского страхования (т.е. целевых средств), получаемых от ТФОМС по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и от медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, для чего на данном счете открывается дополнительный субсчет "Целевые средства по обязательному медицинскому страхованию".

Кроме того, используются субсчета:

"Расчеты с территориальными фондами обязательного медицинского страхования" используется при отражении целевых средств, причитающихся к получению от ТФОМС по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

"Расчеты с медицинскими организациями по обязательному медицинскому страхованию" – при отражении целевых средств, причитающихся к получению от медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

"Расчеты по суброгационным и регрессным требованиям" – при начислении целевых средств в виде взысканий с юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц.

### *Права и обязанности страховых медицинских организаций*

Страховыми медицинскими организациями заключаются два договора:

1) договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

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

Рассмотрим кратко основной перечень прав и обязанностей страховых медицинских организаций в соответствии с перечисленными выше статьями.

1. Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования заключается между страховой медицинской организацией и территориальным фондом обязательного медицинского страхования.

В соответствии с данным договором к основным правам страховой медицинской организации относятся:

- участие в работе комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации, по формированию территориальной программы обязательного медицинского страхования и распределению объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями;

- участие в работе комиссии по согласованию тарифов на оплату медицинской помощи;

- изучение мнения застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи;

- привлечение экспертов качества медицинской помощи для проведения качества медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями.

### *Основные обязанности страховой медицинской организации:*

- осуществлять обязательное медицинское страхование застрахованных лиц в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

- оформлять (переоформлять), выдавать полис обязательного медицинского страхования;

- вести учет застрахованных лиц, выданных им полисов обязательного медицинского страхования в соответствии с порядком персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;
- расходовать средства, полученные в рамках обязательного медицинского страхования, в соответствии с законодательством;
- оплачивать медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, по согласованным объемам в установленном порядке по тарифам на оплату медицинской.

2. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию заключается между страховой медицинской организацией и медицинской организацией (ст. 39 комментируемого Закона).

В соответствии с данным договором к основным правам страховой медицинской организации относятся:

- получение от организации сведений, необходимых для осуществления контроля за соблюдением условий и требований, установленных к предоставлению медицинской помощи застрахованным лицам, информации о режиме, оказываемых видах медицинской помощи;
- не оплачивать или не полностью оплачивать затраты медицинской организации на оказание медицинской помощи;
- применение финансовых (экономических) санкций и предъявление претензии и (или) исков в медицинской организации в целях возмещения вреда, причиненного застрахованному лицу по вине медицинской организации;
- переносить дату окончательного расчета с медицинской организацией за оказанную медицинскую помощь при нарушении медицинской организацией сроков представления в страховую медицинскую организацию реестра счетов и счетов на оплату медицинской помощи в соответствии с количеством дней задержки представления указанных документов.

*Основные обязанности страховой медицинской организации:*

- оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- авансирование оказания медицинской помощи;
- осуществление контроля объема, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам;

- обеспечение медицинской организации информационным материалом о правах граждан в сфере обязательного медицинского страхования;
- проведение сверки расчетов с медицинской организацией;
- осуществлять информационный обмен сведениями о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи.

### ***Медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования***

В п. 11 ст. 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" медицинская организация определена как "юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации". В целях Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ к медицинским организациям приравнены индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

#### ***Критерии участия медицинских организаций в сфере ОМС:***

1. Принадлежность к организациям любой предусмотренной действующим законодательством РФ организационно-правовой формы или статус индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой. Организационно-правовые формы, в которых возможно создание медицинских организаций, предусмотрены Гражданским кодексом РФ. Медицинские организации могут создаваться в форме учреждений, обществ с ограниченной ответственностью, акционерных обществ и т.п. Формы собственности медицинских организаций могут быть различными: государственной, муниципальной и частной.

К частной собственности могут относиться лечебно-профилактические и аптечные учреждения, а также юридические лица, занимающиеся частной медицинской и фармацевтической деятельностью. Организации частной системы здравоохранения создаются и финансируются частными предприятиями, учреждениями и организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами.



*Государственную систему здравоохранения составляют:*

- федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальные органы, Российская академия медицинских наук;
- исполнительные органы государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья, органы управления в сфере охраны здоровья иных федеральных органов исполнительной власти (за исключением федеральных органов исполнительной власти, указанных в пункте 1 настоящей части);
- подведомственные федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук и исполнительным органам государственной власти субъектов РФ медицинские организации и фармацевтические организации, организации здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, судебно-экспертные учреждения, иные организации и их обособленные подразделения, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.

*Муниципальную систему здравоохранения составляют:*

- органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, имеющие полномочия в сфере охраны здоровья;
- медицинские и фармацевтические организации, подведомственные органам местного самоуправления.

*Частную систему здравоохранения составляют*

- создаваемые юридическими и физическими лицами медицинские и фармацевтические организации
- иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.

2. Включение в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС. Действующим законодательством РФ регламентируется порядок инициирования медицинской организацией включения её в реестр медицинских организаций. Соблюдение такого порядка является обязательным для всех медицинских организаций, которые желают участвовать в системе ОМС.

Прежде всего, медицинская организация должна направить уведомление в ТФ ОМС в срок до 01 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС. Если уведомление подано с соблюдением установленных требований, ТФ ОМС не вправе отказать медицинской организации во включении в Реестр медицинских организаций.

Таким образом, порядок вступления медицинских организаций в отношения ОМС является уведомительным. Единственное законодательно установленное ограничение – это ограничение по времени подачи уведомлений.

Действующим законодательством РФ предусматривается, что медицинские организации, включённые в Реестр медицинских организаций, имеют право выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, только с 01 января следующего года.

Однако здесь имеется ряд исключений:

1) ликвидация медицинской организации. Любое юридическое лицо считается ликвидированным с даты внесения в Единый государственный реестр юридических лиц (ЕГРЮЛ) записи о его ликвидации, индивидуальный предприниматель, соответственно, с момента внесения записи в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (ЕГРИП);

2) утрата права на осуществление медицинской деятельности, которое чаще всего происходит в связи прекращением или приостановкой действия лицензии. Медицинские организации имеют право осуществлять деятельность при условии наличия лицензии на соответствующий вид деятельности. Это условие опирается на норму п. 1 ст. 49 Гражданского кодекса РФ о том, что "отдельными видами деятельности, перечень которых определяется действующим законодательством РФ, юридическое лицо может заниматься только на основании специального разрешения (лицензии)".

К медицинским организациям в сфере ОМС относятся, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включённые в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, в соответствии с законом:

1. Организации любой организационно-правовой формы, предусмотренной действующим законодательством РФ.

2. Индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

*Медицинская организация имеет право:*

– осуществлять свою деятельность в сфере ОМС на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;

– получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключённых договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС, и в иных случаях, предусмотренных законом;

– обжаловать заключения СМО и ТФ ОМС по оценке объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

*Медицинские организации обязаны:*

– бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках ТП ОМС;

– вести в соответствии с законом персонифицированный учёт сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

– предоставлять СМО и ТФ ОМС сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

– предоставлять отчётность о деятельности в сфере ОМС в порядке и по формам, которые установлены ФФ ОМС;

– использовать средства ОМС, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с требованиями ТП ОМС;

– размещать на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;

– предоставлять застрахованным лицам, СМО и ТФ ОМС сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, а также показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в ТП ОМС.

Медицинские организации не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи, в соответствии с требованиями ТП ОМС.

В целях контроля за движением денежных средств сверка расчетов по счетам проводится ежегодно перед составлением годовой бухгалтерской отчетности за период с 1 октября предыдущего отчетного года по 30 сентября отчетного года включительно с оформлением акта сверки расчетов за медицинскую помощь, который должен содержать следующие сведения:

- сальдо на начало отчетного периода с указанием номера, даты счета и суммы;
- номер, дата счета;
- суммы счетов, предъявленных к оплате, оплаченных и отказанных в оплате;
- сальдо на конец отчетного периода с указанием номера, даты счета и суммы.

ТФ ОМС по месту страхования застрахованного лица составляет акт сверки счетов, выставленных к оплате медицинской организацией, находящейся за пределами России, в двух экземплярах и направляет их до 15 ноября отчетного года в указанную медицинскую организацию.

Медицинская организация, находящаяся за пределами России, получившая акт сверки счетов, производит сверку данных и один экземпляр акта сверки в срок до 15 декабря отчетного года направляет в территориальный фонд по месту страхования застрахованного лица.

Обмен данными при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис, производится в электронном виде в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 25 января 2011 г. N 29н "Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования".

### *Права и обязанности медицинских организаций*

Права и обязанности медицинской организации закреплены договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключаемому между страховой медицинской организацией и медицинской организацией.

В соответствии с данным договором медицинская организация имеет следующие права:

- получать средства за оказанную медицинскую помощь в соответствии с установленными тарифами;
- обжаловать заключение страховой медицинской организации при наличии разногласий по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

В соответствии с данным порядком медицинская организация ежемесячно формирует и направляет в страховую медицинскую организацию заявку на авансирование медицинской помощи, с указанием периода авансирования, а также счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов.

Счет на оплату в обязательном порядке заверяется подписью руководителя и главного бухгалтера медицинской организации и печатью данной организации.

Реестр счетов содержит следующие сведения:

- наименование медицинской организации;
- ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ;
- период, за который выставлен счет;
- номер позиции реестра;
- сведения о застрахованном лице;
- сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи производится по единым тарифам, утвержденным для всех страховых медицинских организаций.

Следствием данной проверки является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проверки страховой медицинской организацией медицинская организация вправе доработать и представить в страховую медицинскую организацию ранее отклоненные счета на оплату в течение 25 рабочих дней с даты получения акта или обжаловать действия.

Медицинская организация имеет право обжаловать заключение страховой медицинской организации по результатам контроля в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страхо-

вой медицинской организации путем направления претензии в ТФ ОМС. Образец претензии содержится в приложении N 9 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», утвержденному Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230.

Претензия оформляется в письменном виде за подписью руководителя медицинской организации. Она направляется в ТФОМС с приложенными к ней материалами. Медицинская организация обязана предоставить в ТФОМС:

- обоснование претензии;
- перечень вопросов по каждому оспариваемому случаю;
- материалы внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи в медицинской организации.

В претензии указывается на несогласие с необоснованной суммой взаиморасчета, определенной экспертом качества медицинской помощи страховой медицинской организации, на конкретные причины и обоснование такого несогласия.

В претензии должны содержаться фамилия, имя, отчество застрахованного лица, реквизиты акта экспертной оценки, а также общая сумма взаиморасчета застрахованному лицу.

Поданная претензия рассматривается ТФ ОМС в течение 30 рабочих дней с даты ее поступления. При необходимости организуется проведение повторных медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. Они оформляются решением ТФ ОМС.

Так, по одному из дел судом исследовались обстоятельства, согласно которым ТФ ОМС была проведена плановая реэкспертиза по результатам медико-экономической экспертизы, проведенной страховой медицинской организацией. Установлено, что результаты реэкспертизы были оформлены Актом реэкспертизы по результатам медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи, составленным по форме, утвержденной в качестве приложения N 7 к Порядку организации контроля, утвержденному Приказом ФФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230. Акту реэкспертизы содержал выводы о том, что "экспертное заключение страховой медицинской организации и ТФОМС совпало в 13 случаях (54,2%)". Выявление нарушений, допущенных

страховой медицинской организацией в организации и проведении МЭЭ/ЭКМП в 11 случаях (45,8%), в том числе по видам нарушений с указанием количества и сумм. Кроме того, в акте названы шесть выявленных нарушений на сумму финансовых санкций в размере 284986,82 руб. по пункту 11.5 договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования "необоснованное снятие с медицинских организаций денежных средств по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования" по коду дефекта 3.2 "невыполнение, несвоевременное и ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи" (согласно приложению N 8 к Порядку организации контроля, утвержденному Приказом ФФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230) и ряд других нормативных документов.

Из приведенного примера видно, что документы ТФ ОМС по результатам реэкспертизы оформляются на основании Приказа ФФ ОМС от 1 декабря 2010 г. N 230.

Решение территориального фонда обязательного медицинского страхования, признающее правоту медицинской организации, является основанием для отмены (изменения) решения о неоплате, неполной оплате медицинской помощи и (или) об уплате медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам первичной медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи.

Изменение финансирования по результатам рассмотрения спорных случаев проводится страховой медицинской организацией в срок не позднее 30 рабочих дней (в период окончательного расчета с медицинской организацией за отчетный период). При несогласии медицинской организации с решением территориального фонда она вправе обжаловать это решение в арбитражном суде. Рассмотрение жалоб производится в особом порядке, по упрощенной процедуре.

Приведем пример. По одному из дел Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Центральная

медико-санитарная часть № 1 Федерального медико-биологического агентства" обратилось в суд с заявлением о признании недействительным решения ТФОМС г. Байконур о признании правоты (неправоты) медицинской организации при обжаловании заключения страховой медицинской организации по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию от 5 декабря 2012 г. № 6. Установлено, что в счет медицинской организацией были включены медицинские услуги, оказанные лицами, не соответствующими квалификационным требованиям, а именно соответствующие специалисты не прошли повышение квалификации. Суд принял во внимание п. 5.6 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи и финансовых санкциях в системе обязательного медицинского страхования города Байконур, утвержденного совместным Приказом ТФОМС г. Байконур от 14 марта 2011 г. № 009 и Территориального управления здравоохранения г. Байконур от 14 марта 2011 г. № 25, согласно которому в случае включения в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи, сумма, подлежащая оплате страховой медицинской организацией, составляет 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи (см. Постановление Десятого арбитражного апелляционного суда от 9 октября 2013 г. по делу № А41-13376/13).

Стоит добавить, что в п. 3.2 Типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (утв. Приказом Минздрава России от 24 декабря 2012 г. № 1355н) названо право медицинской организации обжаловать заключение страховой медицинской организации при наличии разногласий по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Таким образом, основанное на Законе право медицинских организаций дополнительно закрепляется и в договорном порядке.

Закон ОМС закрепляет обязанности медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования.



Медицинские организации обязаны бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования.

На медицинские организации возложена обязанность по ведению персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам. Персонифицированный учет – это сбор, обработка и хранение сведений о каждом застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи. Указанный Порядок определяет организацию персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, ведение единого регистра застрахованных лиц, ведение персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, технологию обмена информацией при ведении персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.

В соответствии с комментируемым Законом медицинская организация обязана представлять сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи страховым медицинским организациям и территориальному фонду обязательного медицинского страхования. Данные сведения необходимы для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Также обязанностью медицинской организации является представление отчетности о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в соответствии с порядком и по формам, которые утверждаются ФФОМС.

Законодатель обязал медицинские учреждения создать свои официальные сайты в системе Интернет для обеспечения доступности медицинской помощи, а также информировать население о порядке ее оказания. Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 предусмотрены штрафные санкции не только за нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц, но и за отсутствие информированности населения, т.е. отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет и отсутствие информационных стендов в медицинской организации.

Официальный сайт медицинской организации и информационный стенд в медицинской организации должны содержать следующую информацию:

- о режиме работы медицинской организации;
- об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;
- о видах оказываемой медицинской помощи;
- о показателях доступности и качества медицинской помощи;
- о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;
- о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50 % скидкой от свободных цен.
- удельный вес расходов на оказание медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в общем объеме расходов федеральной медицинской организации;
- доля расходов, осуществляемых за счет предоставления платных услуг, в структуре всех расходов на медицинскую помощь, оказываемую в федеральных медицинских организациях.

Показателями деятельности медицинских организаций могут, к примеру, являться доля граждан, получивших обоснованный отказ в оказании высокотехнологичной медицинской помощи, в общей численности граждан, направленных на оказание высокотехнологичной медицинской помощи Министерством здравоохранения субъекта РФ; количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы ОМС.

Также в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация обязана:

- обеспечить застрахованным лица реализацию права на выбор врача в соответствии с законодательством РФ;

- направлять в страховую медицинскую организацию в срок до 10-го числа текущего месяца заявку на авансирование медицинской помощи по утвержденной форме;
- предъявлять страховой медицинской организации в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным, реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи;
- проводить ежемесячно сверки со страховыми медицинскими организациями;
- информировать страховую медицинскую организацию о численности застрахованных лиц и списках застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания амбулаторной медицинской помощи, о возникших обстоятельствах, которые могут привести к нарушению требований стандартов медицинской помощи.

Медицинские организации обязаны:

- предоставлять пациентам информацию о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- обеспечивать оказание медицинской помощи гражданам в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- обеспечивать проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и на раннее их выявление;
- проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения.

Две последних из четырех обязанностей фактически дополняют перечень обязанностей медицинских организаций, приведенный в комментируемой статье.

## Контрольные вопросы

1. Перечислить субъекты ОМС.
2. Перечислить участников ОМС.
3. Кто является застрахованным лицом? Права и обязанности застрахованного лица.
4. Кто является страхователем? Права и обязанности страхователя.
5. Кто является страховщиком ОМС?
6. ФФ ОМС. Функции, задачи и полномочия.
7. ТФ ОМС. Функции, задачи и полномочия.
8. Какая организация выдаёт лицензию СМО?
9. Роль и задачи СМО.
10. Задачи и полномочия СМО в системе ОМС.
11. Какие медицинские организации участвуют в системе ОМС?
12. Задачи и полномочия медицинских организаций, участвующих в системе ОМС.

## **Раздел 3**

### **МЕХАНИЗМ РЕАЛИЗАЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Для реализации государственной политики в сфере ОМС утверждается Постановлением Правительства РФ базовая программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Органы государственной власти субъектов РФ в соответствии с Программой разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (включая ТП ОМС).

Дополнительно к закону разработаны Правила ОМС, которые устанавливают:

- порядок подачи застрахованным лицом заявления о выборе (замене) СМО;
- единые требования к полису ОМС (далее полис);
- порядок выдачи застрахованному лицу полиса ОМС либо временного полиса ОМС;
- порядок ведения реестра СМО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС;
- порядок ведения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС;
- порядок направления ТФ ОМС сведений о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжёлого несчастного случая на производстве;
- порядок оплаты медицинской помощи по ОМС;
- порядок осуществления расчётов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС;

- порядок утверждения для СМО дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения ОМС;
- методику расчёта тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС;
- порядок оказания видов медицинской помощи, установленных БП ОМС, застрахованным лицам за счёт средств ОМС в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, созданных в соответствии с действующим законодательством РФ и находящихся за пределами территории РФ;
- требования к СМО по размещению информации;
- порядок заключения и исполнения договоров ТФ ОМС со СМО.

### **3.1. Страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования**

Полис ОМС – это документ, который:

- гарантирует получение бесплатной медицинской помощи в системе ОМС на всей территории РФ в рамках БП ОМС и ТП ОМС;
- действителен на всей территории РФ. Любой отказ в медицинской помощи по причине предъявления полиса, выданного вне территории страхования, неправомерен;
- должен находиться на руках у застрахованного лица, которое должно предъявлять его при обращении за медицинской помощью;
- удостоверяет, что оплату медицинской помощи, оказанной в системе ОМС, производит СМО, выдавшая полис. Застрахованное лицо вправе иметь только один полис, который выдаётся СМО гражданину бесплатно.

Экстренная медицинская помощь оказывается незамедлительно, вне очереди и вне зависимости от наличия полиса и документов, удостоверяющих личность.

Для получения полиса необходимо подать заявление о выборе СМО и предъявить документ, удостоверяющий личность и страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования со страховым номером индивидуального лицевого счёта (далее – СНИЛС).

*Полис выдаётся без ограничения срока действия следующим гражданам:*

- гражданам РФ;
- иностранным гражданам, постоянно проживающим на территории РФ;
- лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории РФ.

*Полис с ограниченным сроком действия выдаётся:*

- беженцам;
- иностранным гражданам и лицам без гражданства, временно проживающим на территории РФ.

*Полис подлежит обязательному переоформлению при:*

- изменении фамилии, имени, отчества, пола, даты или места рождения;
- установлении неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

Переоформление полиса осуществляется при предъявлении документов, подтверждающих изменения.

Застрахованный гражданин получает дубликат полиса при:

- ветхости и непригодности полиса для дальнейшего использования;
- утрате ранее выданного полиса.

В соответствии с законом, замену СМО, в которой ранее был застрахован гражданин, можно осуществить один раз в течение календарного года не позднее первого ноября, путём подачи заявления во вновь выбранную СМО.

### **Страховой медицинский полис**

#### **обязательного медицинского страхования для ребёнка**

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

*Для получения полиса необходимы следующие документы:*

1. Для детей после государственной регистрации рождения и до 14-ти лет, являющихся гражданами РФ:

- свидетельство о рождении;
- документ, удостоверяющий личность законного представителя ребёнка;
- страховое свидетельство (при наличии).

2. Для граждан РФ в возрасте 14-ти лет и старше:

- документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина РФ), временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта;
- СНИЛС (при наличии).

### **Единые требования к страховому медицинскому полису обязательного медицинского страхования**

С 01.05.2011 г. на территории РФ стали вводить новый бессрочный полис единого образца, который оформляется в виде бумажного документа, электронной карты или как запись на универсальной электронной карте.

В субъекте РФ, где используется универсальная электронная карта, полис обеспечивается федеральным электронным приложением, содержащимся в универсальной электронной карте, в соответствии с ФЗ от 27.07.2010 г. № 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг". До введения в субъекте РФ универсальных электронных карт полис может быть представлен в форме бумажного бланка или пластиковой карты с электронным носителем.

ТФ ОМС принимает решение о выдаче застрахованным лицам субъекта РФ электронных полисов с учётом технической возможности субъекта РФ по обеспечению их обращения. В случае принятия указанного решения электронный полис выдаётся застрахованным лицам по их желанию.

Бланки как бумажного, так и электронного полисов:

- учитываются как бланки строгой отчётности;
- имеют лицевую и оборотную стороны;
- должны быть отпечатаны с двух сторон и иметь защитный комплекс, применяемый для защиты от подделок и внесения изменений/искажений графических элементов и персональных данных застрахованного лица, размещённых на нём.



Электронное страховое приложение должно обеспечивать:

- авторизованный доступ застрахованного лица к получению услуг в системе ОМС;
- функции по однократной записи в чип-модуль неизменяемых данных, а также функции по записи в чип-модуль изменяемых (дополняемых) данных;
- наличие неизменяемых данных.

Также электронное медицинское приложение должно обеспечивать хранение информации о застрахованном лице, необходимой для оказания ему медицинской, в том числе экстренной, помощи в соответствии с действующим законодательством РФ.

**Порядок выдачи страхового медицинского полиса  
обязательного медицинского страхования либо  
временного полиса обязательного медицинского страхования**

СМО обязаны ознакомить застрахованных лиц, получающих полис, с правилами ОМС, БП ОМС и ТП ОМС, перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере ОМС в субъекте РФ.

До получения пластиковой карты с электронным носителем выдаётся временный полис, который действителен до момента получения карты, но не более 30 рабочих дней с даты его выдачи.

СМО, в день обращения застрахованного лица с заявлением о выборе (замене) СМО, передаёт информацию о застрахованном лице, подавшем заявление, в ТФ ОМС и в течение двух рабочих дней проводит проверку на наличие у застрахованного лица действующего полиса в региональном сегменте Единого реестра застрахованных лиц (ЕРЗЛ).

При выявлении действующего полиса в базе застрахованных лиц, СМО в течение 5 рабочих дней со дня получения заявления о выборе (замене) СМО уведомляет застрахованное лицо об отказе в выдаче ему полиса с указанием мотивов отказа.

В случае отсутствия данных о действующем полисе в региональном сегменте, ЕРЗЛ в течение одного рабочего дня СМО передаёт указанную информацию в ТФ ОМС, который в течение трёх рабочих дней проводит проверку в центральном сегменте ЕРЗЛ.

ТФ ОМС в течение одного рабочего дня со дня получения сведений из центрального сегмента ЕРЗЛ направляет результаты проверки в СМО.

ТФ ОМС в случае отсутствия действующего полиса ОМС в ЕРЗЛ включает сведения о застрахованном лице в заявку на изготовление полисов (дубликатов полисов).

СМО выдаёт застрахованному лицу полис в срок, не превышающий срока действия временного полиса ОМС.

Гражданам РФ, а также иностранным гражданам, постоянно проживающим на территории РФ, и лицам без гражданства полис выдаётся без ограничения срока действия.

Иностранцами гражданами являются лица, которые в советское время по политическим мотивам переселились в нашу страну и проживают по настоящее время на территории РФ. Хотя они имеют паспорта своей страны (испанцы, корейцы, греки и т.д.), но проживают в РФ, то, в соответствии с действующим законодательством РФ, пользуются всеми правами гражданина РФ.

Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с ФЗ "О беженцах", полис выдаётся на основании документа, выданного Федеральной миграционной службой. Выдаётся временный полис ОМС на период рассмотрения документов.

Граждане, имеющие миграционную карту, не имеют права на получение полиса ОМС, однако если гражданин официально принят на работу и работодатель платит за него налоги, полис ОМС выдаётся на срок действия трудового договора.

Иностранцами гражданам, временно проживающим на территории РФ, и лицам без гражданства полис выдаётся на срок действия разрешения на временное проживание.

В ТФ ОМС и СМО определяется круг лиц, имеющих доступ к персональным данным, необходимым для ведения персонифицированного учёта в сфере ОМС.

Полисы выдаются в предназначенных для этих целей помещениях (пунктах выдачи); СМО могут организовать выдачу полисов в месте нахождения застрахованного лица.

Для обслуживания лиц с ограниченными возможностями, в том числе инвалидов, помещения оборудуются пандусами, специальными ограждениями и перилами. Глухонемым, инвалидам по зрению и другим гражданам с ограниченными возможностями при необходимости оказывается соответствующая помощь.

### **3.2. Права и обязанности застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования**

Для контроля объёма медицинских услуг, оказанных населению, и предотвращения необоснованных расходов, в системе ОМС создаётся единая база данных застрахованных лиц.

Одновременно с полисом застрахованному лицу, часто в виде памятки, СМО предоставляет информацию о его правах и обязанностях в сфере ОМС и контактные телефоны ТФ ОМС и СМО, выдавшей полис.

***Права застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования:***

– бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

- а) на всей территории РФ в объёме, установленном БП ОМС;
- б) на территории субъекта РФ, в котором выдан полис, в объёме, установленном ТП ОМС.

– выбор СМО;

– замену СМО, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее первого ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении ОМС;

– выбор медицинской организации из Реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, созданных в соответствии с действующим законодательством РФ и находящихся за пределами территории РФ;

– выбор врача путём подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;

– получение от ТФ ОМС, СМО и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

– защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учёта в сфере ОМС;

– возмещение СМО ущерба, причинённого в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи;

- возмещение медицинской организацией ущерба, причинённого в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи;
- защиту прав и законных интересов в сфере ОМС.

Выбор или замена СМО проводится застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объёме до достижения совершеннолетия, либо его родителями или опекунами путём подачи заявления в СМО из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, созданных в соответствии с действующим законодательством РФ и находящихся за пределами территории РФ.

Для лиц без определённого места жительства и занятий (в том числе детей) при отсутствии документов, удостоверяющих личность, заявление о выборе (замене) СМО подается учреждениями социальной помощи с представлением ходатайства о регистрации в качестве застрахованного лица, содержащего:

- сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата и место рождения, гражданство, место пребывания);
- сведения о ходатайствующей организации (наименование, контактная информация, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, печать);
- наименование ТФ ОМС.

Для лиц, не идентифицированных в период лечения, медицинской организацией представляется ходатайство об идентификации застрахованного лица, содержащее:

- предполагаемые сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, место пребывания);
- сведения о ходатайствующей организации (наименование, контактная информация, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, печать);
- наименование ТФ ОМС.

В случае подачи медицинской организацией ходатайства об идентификации застрахованного лица, ТФ ОМС в течение пяти рабочих дней со дня получения ходатайства проводит проверку на наличие у застрахованного лица действующего полиса ОМС в ЕРЗЛ.

Результаты проверки ТФ ОМС в течение трёх рабочих дней предоставляются медицинской организации.

***Обязанности застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования:***

– предъявлять полис при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;

– подать в СМО лично или через своего представителя заявление о выборе СМО, в соответствии с правилами ОМС;

– уведомить СМО об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;

– выбрать СМО по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия СМО, в которой гражданин был ранее застрахован.

### **3.3. Базовая программа обязательного медицинского страхования**

Реализация программы ОМС осуществляется в рамках разработки БП ОМС и ТП ОМС программ для оказания медицинской помощи застрахованным лицам в системе ОМС, которые разрабатываются и утверждаются в порядке, установленном Законом. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи устанавливает перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицин-

ской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

Программа формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании (далее – ТТ ОМС).

Базовые программы (далее – БП ОМС) в качестве части программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждаются ежегодно на последующий календарный год и двухлетний плановый период.

В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, помимо базовой Программы обязательного медицинского страхования, также устанавливаются:

- перечень видов (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи), форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно;
- перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно;
- категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно;
- средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, а также порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты;
- требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности медицинской помощи.

Законодательно определено содержание базовой программы обязательного медицинского страхования. Базовая программа обязательно должна предусматривать:

- виды медицинской помощи, которые начиная с 1 января 2014 г. включают в себя перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит, в том числе методы лечения;
- перечень страховых случаев;
- структуру тарифа на оплату медицинской помощи;
- способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в РФ за счет средств обязательного медицинского страхования;
- критерии доступности и качества медицинской помощи.

Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации медицинскими организациями частной системы здравоохранения, осуществляется в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, путем предоставления из бюджета Федерального фонда бюджетных ассигнований на указанные цели на основании соглашения о порядке и об условиях предоставления бюджетных ассигнований, заключаемого между Федеральным фондом, уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и медицинской организацией частной системы здравоохранения по форме и в порядке, которые утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется с применением специализированной информационной системы в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в отношении высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется в соответствии со статьями 88–90

Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Базовая программа государственных гарантий (далее – БП ОМС) оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи определяет:

- 1) виды и условия оказания медицинской помощи;
- 2) нормативы объема медицинской помощи;
- 3) нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структуру тарифов на медицинскую помощь.

Также БП ОМС предусматривает критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам РФ бесплатно.

В рамках БП ОМС бесплатно предоставляются:

- 1) первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная;
  - 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
  - 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

Базовая программа ОМС – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемая Правительством РФ. Установленные БП ОМС права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи едины на всей территории РФ.

БП ОМС определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, а также критерии её доступности и качества.

В БП ОМС устанавливаются требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объёмов её предоставления в расчёте на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения БП ОМС в расчёте на одно



застрахованное лицо, а также расчёт коэффициента удорожания БП ОМС.

В соответствии с БП ОМС страховое обеспечение устанавливается, исходя из федеральных стандартов медицинской помощи и порядков её оказания.

**Первичная медико-санитарная помощь** является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Первичная медико-санитарная помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в плановой и неотложной формах фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами). Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

**Специализированная медицинская помощь** оказывается бесплатно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами-специалистами и включает профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих применения специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

**Высокотехнологичная медицинская помощь**, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники. Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализи-

рованной медицинской помощи, оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи согласно Приложению, который содержит, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи.

**Скорая, в том числе скорая специализированная,** медицинская помощь оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения бесплатно. При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости проводится медицинская эвакуация (транспортировка) граждан в целях спасения жизни и сохранения их здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщинам в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий). Медицинская эвакуация проводится выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

**Паллиативная медицинская помощь** оказывается бесплатно в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи, и представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания с целью улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

**Медицинская помощь оказывается в следующих формах:**

- 1) экстренная медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

- 2) неотложная медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
- 3) плановая медицинская помощь, оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Медицинская помощь оказывается бесплатно при следующих заболеваниях и состояниях:

- инфекционные и паразитарные болезни;
- новообразования;
- болезни эндокринной системы;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы;
- болезни крови, кроветворных органов;
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- болезни глаза и его придаточного аппарата;
- болезни уха и сосцевидного отростка;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- врожденные аномалии (пороки развития);
- деформации и хромосомные нарушения;
- беременность, роды, послеродовой период и аборты;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период;
- психические расстройства и расстройства поведения;
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям.

В соответствии с законодательством Российской Федерации, отдельные категории граждан имеют право на:

- обеспечение лекарственными препаратами;
- профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию, в том числе взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (работающих и неработающих граждан), обучающихся в образовательных организациях по очной форме, пребывающих в организациях, осуществляющих стационарное обслуживание, детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, и другие категории;
- пренатальную (дородовую) диагностику нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний и аудиологический скрининг.

Правительство РФ вправе при утверждении БП ОМС устанавливать дополнительный перечень заболеваний и состояний, включаемых в БП ОМС в качестве случаев оказания медицинской помощи, и дополнительные к уже установленным в Законе элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи.

БП ОМС устанавливает требования к ТП ОМС.

Объем экстренной медицинской помощи, оказываемой не застрахованным в системе ОМС гражданам в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, входящих в БП ОМС, включается в средние нормативы объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов. Нормативы объема скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, не включенной в ТП ОМС, включая медицинскую эвакуацию, устанавливаются субъектами РФ.

Субъектами РФ на основе перераспределения объемов медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания устанавливаются дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом этапов её оказания,

уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, а также климатических и географических особенностей регионов.

### **3.4. Территориальная программа обязательного медицинского страхования**

Территориальная программа ОМС – составная часть базовой Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. ТП ОМС формируется в соответствии с требованиями, установленными БП ОМС, и утверждается ежегодно субъектами РФ.

Стоимость территориальной программы государственных гарантий формируется за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъекта Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления) (далее – соответствующие бюджеты) и средств обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования и утверждается в виде приложения к территориальной программе государственных гарантий.

Объем медицинской помощи в расчете на 1-го жителя, стоимость единицы объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования формируются на основании средних нормативов объема медицинской помощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой, с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики, климатических и географических особенностей региона, транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения на территории субъекта Российской Федерации и

указываются в текстовой части территориальной программы государственных гарантий, а также в табличной форме в приложении к ней.

Территориальная программа государственных гарантий должна быть сбалансирована в части объема медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям ее оказания.

В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации территориальных программ государственных гарантий субъектами Российской Федерации формируется и развивается трехуровневая система организации медицинской помощи гражданам. Рекомендуется установление распределения медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий, по следующим уровням:

- первый уровень – оказание преимущественно первичной медико-санитарной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи, а также специализированной медицинской помощи и скорой медицинской помощи (в центральных районных больницах, городских, районных, участковых больницах, городских поликлиниках, станциях скорой медицинской помощи);
- второй уровень – оказание преимущественно специализированной (за исключением высокотехнологичной), медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своей структуре специализированные межмуниципальные (межрайонные) отделения и (или) центры, а также в диспансерах, многопрофильных больницах;
- третий уровень – оказание преимущественно специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях.

В пределах третьего уровня системы организации медицинской помощи выделяют подуровень, включающий федеральные медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации.

Распределение по уровням медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным, осуществляется в соответствии с Порядком оказания медицинской

помощи по профилю «акушерство и гинекология {за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н (зарегистрирован Минюстом России 2 апреля 2013 г., № 27960).

Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования, является приложением к территориальной программе государственных гарантий и включает полный пронумерованный перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий, с указанием медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в соответствии с реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Территориальная программа государственных гарантий в части определения порядка и условий оказания медицинской помощи должна включать сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме. При этом сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 30 дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию, сроки проведения консультаций врачей-специалистов – 10 рабочих дней со дня обращения.

Также в целях обеспечения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи рекомендуется установление предельных сроков ожидания:

- оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме – не более 2 часов с момента обращения;
- проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме – не более 10 рабочих дней;
- проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме – не более 30 рабочих дней.

Проведение обязательных диагностических исследований и оказание медицинской помощи по поводу заболеваний и состояний, включенных в перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий, при постановке граждан на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении договора об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, не входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования) и средств обязательного медицинского страхования (в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования).

При проведении обязательных диагностических исследований, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, учитываются результаты таких исследований, проведенных застрахованным лицам в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

За счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в случае выявления заболевания, включенного в базовую программу обязательного медицинского страхования, в рамках проведения обязательных диагностических исследований при постановке граждан на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении договора об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе



военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу.

Финансовое обеспечение медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и не включено в средние нормативы, установленные ТП ОМС.

При установлении в территориальной программе обязательного медицинского страхования дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, подушевой норматив финансирования устанавливается отдельно от подушевого норматива финансирования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и указывается в текстовой части территориальной программы.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, оказываемая застрахованным лицам в амбулаторных и стационарных условиях в отделениях скорой медицинской помощи поликлиник, больниц, больниц скорой медицинской помощи, работающих в системе обязательного медицинского страхования, по заболеваниям (состояниям), входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования, оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования и включается в объем посещений и/или случаев госпитализации по территориальной программе обязательного медицинского страхования.

При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий.

Оказание застрахованным лицам скорой медицинской помощи медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования при условии их включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по тарифам на оплату медицинской помощи в пределах

объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

При предоставлении в соответствии с законодательством Российской Федерации одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю права на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях стоимость оказанной ребенку медицинской помощи включает расходы на создание условий пребывания, включая предоставление спального места и питания, и финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования по видам медицинской помощи и заболеваниям (состояниям), включенным в территориальную программу обязательного медицинского страхования.

В субъекте Российской Федерации используются способы оплаты медицинской помощи, установленные тарифным соглашением, принятым в субъекте Российской Федерации в соответствии с Программой и рекомендациями Минздрава России и Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Установленные способы оплаты являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

ТП ОМС формируется с учётом порядка оказания медицинской помощи и на основании стандартов медицинской помощи, с учётом особенностей половозрастного состава, уровня и структуры заболеваемости населения, основанных на данных медицинской статистики, климатических и географических особенностей субъекта РФ, транспортной доступности медицинских организаций, а также с учётом сбалансированности объёма медицинской помощи и её финансового обеспечения, в том числе уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения в порядке, установленном действующим законодательством РФ об ОМС.

ТП ОМС включает виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленные БП ОМС, и определяет, с учётом структуры заболеваемости в субъекте РФ, нормативы объёмов её предоставления в расчёте на 1 застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи в расчёте на 1 застрахованное лицо и нормативы финансового обеспечения ТП ОМС в расчёте на 1 застрахованное лицо.

***ТП ОМС включает:***

- перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи;
- перечень заболеваний и состояний, при которых медицинская помощь оказывается бесплатно;
- категории граждан, которым медицинская помощь оказывается бесплатно;
- средние нормативы объёма медицинской помощи;
- средние нормативы финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи;
- средние подушевые нормативы финансирования;
- порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы её оплаты;
- порядок и условия оказания медицинской помощи;
- критерии доступности и качества (в том числе их целевые значения) бесплатно предоставляемой гражданам медицинской помощи на территории субъекта РФ.

ТП ОМС также может включать перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным БП ОМС при условии выполнения требований, установленных БП ОМС.

При установлении ТП ОМС перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным БП ОМС, ТП ОМС должна включать в себя также нормативы объёмов предоставления медицинской помощи в расчёте на 1 застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи в расчёте на 1 застрахованное лицо, норматив финансового обеспечения ОМС в расчёте на 1 застрахованное лицо, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по ОМС застрахованным лицам, структуру тарифа на её оплату, реестр медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС, условия оказания медицинской помощи в таких медицинских организациях.

### **3.5. Положение о деятельности комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования**

Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования создается в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования и в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации и другими нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования Российской Федерации и субъекта Российской Федерации, а также Правилами ОМС.

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

*Функции комиссии:*

- 1) разрабатывает проект территориальной программы;
- 2) распределяет объемы предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями (за исключением медицинских организаций, находящихся за пределами Российской Федерации, включенные в реестр медицинских организаций) до 1 января года, на который осуществляется распределение;
- 3) осуществляет рассмотрение тарифов осуществляет рассмотрение тарифов и формирование тарифного соглашения, с указанием размеров санкций, применяемым к медицинским организациям в соответствии с законодательством Российской Федерации;

4) устанавливает иные сроки подачи медицинскими организациями уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования для вновь создаваемых медицинских организаций;

5) определяет порядок представления информации членами Комиссии.

Для рассмотрения отдельных вопросов и подготовки необходимых предложений, оперативной корректировки объемов предоставления медицинской помощи, распределенных между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, при Комиссии могут создаваться рабочие группы, состоящие из членов Комиссии и иных лиц, привлеченных к ее работе.

Комиссия в целях разработки проекта территориальной программы на заседаниях:

- рассматривает предложения по видам медицинской помощи, перечню заболеваний, порядку и условиям предоставления медицинской помощи, включая сроки ожидания медицинской помощи, значениям нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо с учетом объемов медицинской помощи, оказываемых застрахованным лицам медицинскими организациями в других субъектах Российской Федерации, нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативам финансового обеспечения территориальной программы в расчете на одно застрахованное лицо, способам оплаты медицинской помощи и тарифам в соответствии с требованиями, установленными базовой программой и в дополнение к базовой программе;

- рассматривает информацию территориального фонда о численности застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации в разрезе половозрастных групп на основе регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, реестре страховых медицинских организаций и реестре медицинских организаций;

- рассматривает предложения страховых медицинских организаций по способам оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, тарифам, показателям доступности и качества медицинской помощи;

- осуществляет подготовку предложений по:
- перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания медицинской помощи;
- целевым значениям критериев доступности и качества медицинской помощи;
- перечню направлений использования средств обязательного медицинского страхования при установлении дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой;
- анализирует соответствие показателей объемов предоставления медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных территориальной программой и базовой программой.

При разработке территориальной программы Комиссией учитываются стандарты медицинской помощи, особенности половозрастного состава застрахованных лиц, уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации по данным медицинской статистики, климатические, географические особенности субъекта Российской Федерации, транспортная доступность медицинских организаций, сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения.

Подготовленный проект территориальной программы Комиссия представляет органу государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан.

Комиссия на заседаниях по представленным секретарем Комиссии предложениям, поступившим от органа государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, территориального фонда, распределяет объемы медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, имеющими право на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации, на основе установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи по видам медицинской помощи, условиям предоставления медицинской помощи, в разрезе профилей отделений (коек), врачебных специальностей, с учетом показателей потребления медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о ме-

дицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, численности и половозрастной структуры застрахованных лиц.

О принятых решениях по распределению объемов предоставления медицинской помощи и финансовых средств между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями Комиссия информирует территориальный фонд, орган государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, страховые медицинские организации и медицинские организации.

Персональный состав Комиссии утверждается нормативным правовым актом высшего органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации. Председателем Комиссии является представитель органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченный высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации. Секретарем Комиссии является представитель территориального фонда. Секретарь Комиссии не менее чем за три рабочих дня до начала заседания Комиссии информирует членов Комиссии о дате, месте и времени проведения заседания и организует рассылку необходимых материалов. Секретарь Комиссии обеспечивает ведение делопроизводства и хранение протоколов Комиссии.

Заседания Комиссии проводятся по необходимости, но не реже одного раза в квартал. Решения Комиссии считаются правомочными, если в заседании принимало участие более двух третей членов Комиссии. Решение принимается простым большинством голосов от количества присутствующих на заседании членов Комиссии. В случае равенства голосов голос председателя Комиссии является решающим.

Решения Комиссии оформляются протоколом, который подписывается председательствующим и членами Комиссии и доводится до сведения территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций. Решения, принимаемые Комиссией в соответствии с ее компетенцией, являются обязательными для всех участников обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации.

### **3.6. Финансовое обеспечение Базовой и Территориальной программ обязательного медицинского страхования**

Источниками финансового обеспечения программ являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов РФ соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления), средства ОМС.

За счет средств ОМС в рамках БП ОМС застрахованным лицам:

1) оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная, включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств ОМС, при вышеперечисленных заболеваниях и состояниях, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств и расстройств поведения;

2) осуществляется финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан, медицинской реабилитации, проводимой в медицинских организациях, а также по применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством РФ, за исключением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включенных в раздел перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи.

За счет субвенций из бюджета ФФ ОМС осуществляется финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации ТП ОМС, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, а именно:



1) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти (в части медицинской помощи, не включенной в БП ОМС, при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную БП ОМС);

2) медицинской эвакуации, проводимой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения РФ;

3) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, в том числе предоставление дополнительных видов и объемов медицинской помощи, предусмотренных законодательством РФ, населению закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную БП ОМС);

4) медицинской помощи, предусмотренной федеральными законами для определенных категорий граждан, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти;

5) лечения граждан РФ за пределами территории РФ, направленных в порядке, установленном Министерством здравоохранения РФ;

6) санаторно-курортного лечения отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством РФ;

7) закупки лекарственных препаратов для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством РФ, гемофилией, муковисцидозом, гипопизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных препаратов, утверждаемому Правительством РФ и сформированному в установленном им порядке;

8) предоставления в установленном порядке бюджетам субъектов РФ и бюджету г. Байконура субвенций на оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан в виде набора социальных услуг в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов в соответствии с ФЗ "О государственной социальной помощи";

9) дополнительных мероприятий, установленных в соответствии с законодательством РФ;

10) высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств, направляемых в федеральный бюджет из бюджета ФФ ОМС в виде иных межбюджетных трансфертов в соответствии с Федеральным законом о бюджете ФФ ОМС на очередной финансовый год и плановый период и предоставляемых федеральным органам исполнительной власти на финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи в подведомственных им медицинских организациях, включенных в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения РФ;

11) Министерства здравоохранения РФ на софинансирование расходов, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи медицинскими организациями, подведомственными исполнительным органам государственной власти субъектов РФ.

За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ осуществляется финансовое обеспечение:

1) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в части медицинской помощи, не включенной в ТП ОМС, не застрахованным в рамках ОМС лицам, специализи-

рованной санитарно-авиационной эвакуации, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в ТП ОМС;

2) первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в части медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в БП ОМС (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические осмотры несовершеннолетних в целях раннего (своевременного) выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ), а также в части расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в ТП ОМС;

3) паллиативной медицинской помощи;

4) высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъектов РФ, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи.

Субъекты РФ вправе за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ осуществлять финансовое обеспечение дополнительных объемов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными исполнительным органам государственной власти субъектов РФ, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи.

За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ осуществляется:

1) обеспечение граждан зарегистрированными в установленном порядке на территории РФ лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих очень редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности;

2) обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицин-

ские изделия в соответствии с законодательством РФ отпускаются по рецептам врачей бесплатно;

3) обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50 % скидкой;

4) пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний и аудиологический скрининг.

В рамках территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств ОМС осуществляется финансовое обеспечение проведения осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, а также проведения обязательных диагностических исследований и оказания медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные образовательные организации или военные образовательные организации высшего образования, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе.

Объем медицинской помощи, оказываемой незастрахованным по ОМС гражданам в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, входящих в БП ОМС, включается в средние нормативы объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта РФ и местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов РФ соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления).

Субъектами РФ на основе перераспределения объемов медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания устанавливаются дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом этапов её оказания, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, а также климатических и географических особенностей регионов.

В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности, в составе дифференцированных нормативов объема медицинской помощи территориальными программами могут устанавливаться объемы медицинской помощи с учетом использования санитарной авиации, телемедицины и передвижных форм предоставления медицинских услуг.

Финансовое обеспечение ТП ОМС осуществляется за счёт платежей субъектов РФ, уплачиваемых в бюджет ТФ ОМС, в размере разницы между нормативом финансового обеспечения ТП ОМС и нормативом финансового обеспечения БП ОМС, с учётом численности застрахованных лиц на территории субъекта РФ.

Средние нормативы объема медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания в целом по программе определяются в единицах объема в расчете на 1 жителя в год, по БП ОМС – в расчете на 1 застрахованное лицо. Средние нормативы объема медицинской помощи используются с целью планирования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных базовой программой.

Норматив финансового обеспечения ТП ОМС может превышать установленный БП ОМС норматив финансового обеспечения ОМС в случае установления дополнительного объёма страхового обеспечения по страховым случаям, установленным БП ОМС, а также в случае установления перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным БП ОМС.

Для разработки проекта ТП ОМС в субъекте РФ создаётся комиссия, в состав которой входят представители ИОГВС РФ,

уполномоченного руководителем высшего ИОГВС РФ, ТФ ОМС, СМО и медицинских организаций, представители профессиональных союзов или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта РФ, на паритетных началах.

Объёмы предоставления медицинской помощи, установленные ТП ОМС, распределяются решением комиссии между СМО и медицинскими организациями, исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи. Объёмы предоставления медицинской помощи в субъекте РФ, установленные ТП ОМС, в котором застрахованным лицам выдан полис ОМС, включают объёмы предоставления медицинской помощи данным застрахованным лицам за пределами территории этого субъекта РФ.

### **3.7. Требования к ТП ОМС в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев её доступности и качества**

Территориальная программа ОМС в части определения порядка и условий оказания медицинской помощи должна включать:

- 1) условия реализации установленного законодательством РФ права на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача);
- 2) порядок реализации установленного законодательством РФ права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, находящихся на территории субъекта РФ;
- 3) перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулатор-

ном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50 % скидкой;

- 4) порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, а также медицинскими изделиями, включенными в утверждаемый Правительством РФ перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания по назначению врача, а также донорской кровью и ее компонентами по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи, за исключением лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания по желанию пациента;
- 5) перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, проводимых в рамках территориальной программы;
- 6) перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в том числе ТП ОМС;
- 7) условия пребывания в медицинских организациях при оказании медицинской помощи в стационаре, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационаре с ребенком до достижения им возраста 4 лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний;
- 8) условия размещения пациентов в маломестных палатах (боксах) по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным Министерством здравоохранения РФ;
- 9) порядок предоставления транспортных услуг при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований – при отсутствии возможности их проведения медицинской

организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту;

10) условия и сроки диспансеризации населения для отдельных категорий населения;

11) целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы;

12) порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, не участвующей в реализации территориальной программы;

13) сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований, а также консультаций врачей-специалистов, при этом сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 30 дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию, сроки проведения консультаций врачей-специалистов – 10 рабочих дней со дня обращения.

В медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, ведется лист ожидания такой помощи, оказываемой в плановой форме, и осуществляется информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи с учетом требований законодательства РФ о персональных данных.

При формировании территориальной программы учитываются:

1) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи;

2) особенности половозрастного состава населения субъекта РФ;

3) уровень и структура заболеваемости населения субъекта РФ, основанные на данных медицинской статистики;

4) климатические и географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций;



- 5) сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения, в том числе уплата страховых взносов на ОМС неработающего населения в порядке, установленном законодательством РФ об ОМС.

### **3.8. Права и обязанности застрахованных лиц, получающих медицинскую помощь в рамках базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования**

В соответствии с ФЗ "Об основах охраны здоровья..." основными принципами охраны здоровья в РФ являются:

- соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- приоритет охраны здоровья детей;
- социальная защищённость граждан в случае утраты здоровья;
- ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- доступность и качество медицинской помощи;
- недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- соблюдение врачебной тайны.

Права и обязанности застрахованных лиц определены в законе ОМС.

Закон устанавливает права граждан как определённую группу прав, производных от общих прав человека, и определяет гарантии обеспечения этих прав в области здравоохранения, исходя из основополагающей ценности жизни человека, безопасности, тесной взаимосвязи физического и духовного здоровья:

- каждый имеет право на медицинскую помощь;
- каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объёме, оказываемую без взимания платы, в соответствии с базовой Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в системе ОМС, а

также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования;

- право на медицинскую помощь иностранным гражданам, проживающим и пребывающим на территории РФ, устанавливается действующим законодательством РФ. Лица без гражданства, постоянно проживающие в РФ, пользуются правом на медицинскую помощь наравне с гражданами РФ, если иное не предусмотрено международными договорами РФ;

- порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам определяется Правительством РФ.

### ***Права пациента при получении медицинской помощи***

Право граждан РФ на медицинскую помощь является конституционным и провозглашает право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации обеспечивают индивидуальное информирование застрахованных лиц о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости.

Информирование застрахованных лиц о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости осуществляется через региональные порталы государственных и муниципальных услуг (функций), официальные сайты органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и/или территориальных фондов обязательного медицинского страхования путем создания личного кабинета пациента, а также через страховые медицинские организации в виде выписки на бумажном носителе. Форма информирования застрахованных лиц о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости устанавливается Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Всеми этими правами пациенты обладают независимо от того, платно или бесплатно они лечатся:

1. Право на получение квалифицированной и качественной медицинской помощи. Контроль качества медицинской помощи осуществляется внутриведомственной, вневедомственной и независимой экспертизой.

2. Право на обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

3. Право на гуманное и уважительное отношение, в том числе и облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами.

4. Право на выбор врача и лечебного учреждения (в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования). Посредником в данном случае является СМО. Общепринята практика выбора пациентом СМО для заключения договора по добровольному страхованию, исходя из того, с какими лечебными учреждениями у данной организации заключены договора на предоставление услуг.

5. Право на информацию о состоянии своего здоровья. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан впервые в нашей стране дали пациенту право получать всю информацию, касающуюся его здоровья. В данное понятие входит информация о диагнозе, прогнозе, методах и результатах обследования, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, получать консультации по ней у других специалистов. По требованию пациента ему должны быть предоставлены копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если это не затрагивает интересы третьей стороны.

Информация, касающаяся состояния здоровья пациента, может быть предоставлена:

- 1) лично пациенту;
- 2) его законным представителям (если пациент несовершеннолетний или он признан недееспособным в установленном законом судебном порядке);
- 3) без согласия пациента и его законного представителя – правоохранительным органам.

В случае неблагоприятного исхода информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Полная информация необходима пациенту для того, чтобы реализовать свое право на согласие или отказ от медицинского вмешательства. Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. Если гражданин не хочет знать всего о своей болезни – это его полное право.

#### 6. Право на сохранение врачебной тайны.

Врачебная тайна – информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания, средствах и методах лечения, возможном прогнозе заболевания, любая интимная информация, выясненная при личном контакте с пациентом. Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, *запрещена*.

С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, использования таких сведений в учебном процессе.

Без разрешения пациента или его законного представителя передача сведений о нем незаконна и считается разглашением врачебной тайны, кроме предусмотренных законом случаев. Случаи, допускающие передачу сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия пациента или его законного представителя:

а) при оказании помощи лицам (в целях обследования и лечения), находящимся в бессознательном состоянии, когда его законный представитель недоступен;

б) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

в) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебного разбирательства (запрос при этом должен быть оформлен надлежащим образом – постановлением суда, следователя, прокурора, дознавателя);

г) в случае оказания помощи ребенку в возрасте до 15 лет (несовершеннолетнему) для информирования его родителей или законных представителей;

д) при наличии оснований полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий (напри-

мер, информация передается в милицию, если пациент является жертвой преступления).

Лица, которым по закону переданы сведения, составляющие врачебную тайну, несут за ее разглашение ответственность (с учетом причиненного пациенту ущерба) так же, как и врачи.

Уголовная ответственность наступает по ст. 137 ч. 2 УК РФ (нарушение неприкосновенности частной жизни, совершенное лицом с использованием своего служебного положения).

Гражданская ответственность наступает в случае предъявления иска о возмещении морального вреда, причиненного разглашением врачебной тайны (ст. 151 ГК РФ).

7. Право на согласие или отказ от медицинского вмешательства. Согласие пациента должно быть информированным и добровольным.

Дает согласие на медицинское вмешательство или принимает решение:

- лично пациент;
- законный представитель (если пациент несовершеннолетний или признан недееспособным в судебном порядке);
- врачебный консилиум (если состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а законный представитель недоступен);
- лечащий (дежурный) врач, с последующим уведомлением должностных лиц ЛПУ, если невозможно собрать консилиум.

Пациент или его законный представитель имеет право на отказ от медицинского вмешательства. При этом пациенту или его законному представителю должны быть в доступной для него форме разъяснены возможные последствия. Отказ оформляется записью в медицинской документации, подписывается пациентом или его законным представителем и медицинским работником.

В ст. 33 ФЗ "Об основах охраны здоровья..." предусмотрено право медицинской организации обращаться в суд за защитой малолетних и недееспособных пациентов, когда законный представитель явно действует им во вред, однако не разработан механизм срочного разрешения данного вопроса в суде.

Оказание медицинской помощи без согласия пациента предусмотрено в случаях:

- 1) экстренные показания;

- 2) угроза распространения инфекционных, массовых заболеваний;
- 3) при оказании психиатрической помощи на основании ст. 29 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" при непосредственной опасности для пациента и окружающих, если неоказание помощи влечет существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния;
- 4) при применении принудительного лечения или освидетельствования.

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия и согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом). Решение о госпитализации без подобного согласия принимает суд.

Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без их согласия или по решению суда.

8. Право на возмещение вреда и ущерба, причиненного здоровью пациента при оказании медицинской помощи.

Гражданская ответственность – вид ответственности, связанной с дополнительными имущественными обременениями для правонарушителя; носит компенсационный характер.

В соответствии с Гражданским кодексом, гражданская ответственность врачей и медицинских организаций по возмещению ущерба, причиненного ими здоровью и жизни граждан, возникает, если доказаны:

- 1) наличие причиненного ущерба;
- 2) факт противоправных действий медицинских работников или медицинских организаций;
- 3) связь между противоправными действиями и причиненным ущербом (действие или бездействие должны быть оценены судом как причина ущерба);
- 4) вина медицинского работника. При этом необходимо подчеркнуть, что в гражданском праве наличие вины презюмируется (предполагается). Таким образом, медицинский работник (медицинская организация) должен (должна) доказывать свою невиновность. Следует отметить, что вред, причиненный пациенту, возмещает не конкретный медицинский работник, а лечебное учреждение, сотрудником которого он является. Медицинская

организация в свою очередь оставляет за собой право возместить понесенные убытки, предъявив данному медицинскому работнику регрессный иск.

9. Право на свободный доступ в стационаре к больному родственников и других посетителей. Свободный доступ к больному посетителям запрещен, если:

1) это нарушает права других пациентов (например, палата интенсивной терапии – это общий зал, где пациенты находятся в тяжелом состоянии, открыты посторонним взорам);

2) это нарушает условия оказания медицинской помощи (например, ограничиваются посещения в психиатрических клиниках, где пациенты могут быть травмированы посетителями, или наоборот).

10. Право на доступ представителя для защиты прав пациента. Представителями пациента могут являться:

1) родители (если пациент не достиг возраста 15 лет);

2) опекуны или попечители;

3) любое физическое или юридическое лицо по желанию пациента (например, знакомый пациента, представитель страховой медицинской организации или общества защиты прав потребителей).

В последнем случае необходимым условием является оформленная у нотариуса доверенность. Адвокаты представляют интересы пациентов в суде на основании ордера, выданного ведущим юридической консультацией.

11. Право на проведение религиозного обряда. Пациент имеет право на допуск к нему священнослужителя, на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутреннего распорядка больничного учреждения.

12. Право пациента на участие в биомедицинских исследованиях.

В соответствии со ст. 43 ФЗ « Об основах охраны здоровья...» биомедицинские исследования – это исследования с привлечением человека в качестве объекта данного исследования с использованием методов, которые еще не разрешены к применению, но находятся на рассмотрении в установленном порядке. К ним относятся новые методы диагностики, профилактики, лече-

ния, лекарственные средства, иммуно-биологические препараты и дезинфекционные средства.

Проведение биомедицинских исследований допускается в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения и должно основываться на предварительно проведенных лабораторных исследованиях.

Пропаганда новых методов (в том числе в средствах массовой информации) и принуждение к их применению запрещено.

Применение нового метода возможно только с добровольного письменного согласия пациента (в случае с несовершеннолетними – письменного согласия их родителей или законных представителей).

Запрещается проведение клинических исследований лекарственных средств на следующих лицах:

- 1) несовершеннолетних, не имеющих родителей;
- 2) беременных женщинах, за исключением случаев, если проводятся клинические исследования лекарственных средств, предназначенных для беременных женщин, когда необходимая информация может быть получена только при клинических исследованиях лекарственных средств на беременных женщинах и когда полностью исключен риск нанесения вреда беременной женщине и плоду;
- 3) военнослужащих;
- 4) лицах, отбывающих наказание в местах лишения свободы, а также на лицах, находящихся под стражей в следственном изоляторе (ст. 40 п. 7 Закона "О лекарственных средствах").

Статья 40 п. 8 данного закона допускает клинические исследования лекарственных средств, предназначенных для лечения психических заболеваний, на лицах с психическими заболеваниями и признанных недееспособными в порядке, установленном законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". Клинические исследования в этом случае проводятся при наличии письменного согласия законных представителей указанных лиц.

### 13. Право на передвижение.

При получении медицинской помощи в стационаре пациент сохраняет все свои права, в том числе и право на передвижение. Он имеет право в любой момент покинуть больницу (кроме случаев принудительного лечения). Однако в таком случае он одно-



сторонне нарушает условия лечения. Медицинское учреждение в подобных случаях не несет ответственности за результат лечения.

Здесь следует отметить, что, находясь в стационаре, пациент как бы добровольно принимает на себя обязанности:

- 1) соблюдать внутренний распорядок лечебного учреждения;
- 2) соблюдать режим лечения, выполнять все назначенные процедуры.

В свою очередь, медицинское учреждение берет на себя обязанность должным образом лечить и осуществлять уход за пациентом. Если больной не соблюдает принятых на себя обязанностей (нарушает режим лечения, покидает стационар без ведома лечащего врача), врач вправе выписать такого пациента из стационара при соблюдении следующих условий:

- 1) если возможно лечение данного пациента за пределами стационара;
- 2) если получена санкция должностного лица;
- 3) обязательно должен быть зафиксирован факт нарушения пациентом своих обязанностей в медицинской документации.

#### ***Обязанности пациента, застрахованного в системе обязательного медицинского страхования***

ФЗ "Об основах охраны здоровья..." предусматривает следующие обязанности граждан в сфере охраны здоровья:

1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

2. Граждане в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.

3. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

4. С целью качественного лечения, пациент должен сообщать врачу всю информацию, необходимую для постановки правильного диагноза и адекватного лечения заболевания и после под-

писанного согласия на медицинское вмешательство неукоснительно выполнять все предписания лечащего врача.

5. Соблюдать правила внутреннего распорядка медицинской организации, где он находится, не совершать действий, способных нарушить права других пациентов.

При невыполнении пациентом назначений врача, необоснованном отказе от приёма медикаментов и процедур, обследований, нарушении режима медицинской организации врач обязан сделать подробную запись в медицинской документации с указанием дат, времени. Такое поведение пациента можно расценить как добровольный отказ от медицинского вмешательства.

### **3.9. Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства**

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Имеют право отказаться от медицинского вмешательства:

- 1) гражданин;
- 2) один из родителей;
- 3) законный представитель лица, обратившегося за медицинской помощью. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента. Медицинское вмешательство без согласия гражданина,

одного из родителей или иного законного представительства допущается:

- если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человеку, если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;

- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

- в отношении лиц, страдающих тяжёлыми психическими расстройствами;

- в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

- при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

### **Контрольные вопросы**

1. Как реализуется ФЗ "Об ОМС..."?
2. Что такое полис ОМС?
3. Требования к полису ОМС.
4. Порядок выдачи полиса ОМС.
5. Условия выдачи полиса ОМС детям. Какие документы должны быть предъявлены?
6. В каких случаях проводят переоформление полиса ОМС?
7. В каких случаях выдаётся дубликат полиса ОМС?
8. Условия замены СМО.
9. Что входит в БП ОМС и кем она утверждается?
10. Что входит в ТП ОМС и кем она утверждается?
11. Права и обязанности застрахованных лиц, обратившихся в медицинскую организацию.
12. Как оформляется добровольное согласие пациента на выполнение или отказ от медицинского вмешательства?

## Раздел 4

### **СИСТЕМА ДОГОВОРОВ И ФИНАНСИРОВАНИЕ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Права застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по программе ОМС реализуются на основании договоров, заключённых в его пользу между участниками ОМС в соответствии с действующим законодательством РФ, условиями договора о финансовом обеспечении ОМС и договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и прописаны в правилах ОМС.

В Законе ОМС предусматривается реализация права гражданина на бесплатное оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию через заключение двух видов договоров в этой сфере:

- 1) договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;
- 2) договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

#### **4.1. Договоры о финансовом обеспечении ОМС, заключённые между территориальным фондом обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организацией**

Первым этапом реализации ОМС является заключение договоров *ТФ ОМС со СМО*, работающими на данной территории субъекта РФ, при наличии у СМО реестра застрахованных лиц. В договорах о финансовом обеспечении ОМС отражаются Положения о правах и обязанностях всех сторон.

Страховая медицинская организация, с которой возможно заключение договора о финансовом обеспечении обязательного

медицинского страхования, должна соответствовать определенным требованиям и иметь в наличии список застрахованных лиц.

СМО по договору о финансовом обеспечении ОМС обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, в соответствии с условиями, установленными ТП ОМС, за счёт целевых средств.

В договоре о финансовом обеспечении ОМС предусматриваются:

*1. Обязанности СМО:*

- оформление, переоформление, выдача полиса ОМС;
- ведение учёта застрахованных лиц, выданных им полисов ОМС, а также обеспечение учёта и сохранности сведений, поступающих от медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, в соответствии с порядком ведения персонафицированного учёта, установленным ФОИВ, уполномоченным Правительством РФ;
- представление в ТФ ОМС заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и оплату счётов за оказанную медицинскую помощь;
- использование средств, полученных по договору о финансовом обеспечении ОМС, по целевому назначению;
- возвращение в ТФ ОМС остатка целевых средств после расчётов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, в соответствии с требованиями ТП ОМС, в соответствии с Порядком оплаты медицинской помощи;
- заключение с медицинскими организациями, включёнными в реестр медицинских организаций, договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.
- сбор, обработка данных персонафицированного учёта сведений о застрахованных лицах и персонафицированного учёта сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечение их сохранности и конфиденциальности, обмен указанными сведениями между субъектами и участниками ОМС в соответствии с ФЗ "Об ОМС...";
- информирование застрахованных лиц о видах, качестве и условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса

ОМС, а также об обязанностях застрахованных лиц, в соответствии с ФЗ "Об ОМС...";

- контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путём проведения медико-экономического контроля (далее – МЭК), медико-экономической экспертизы (далее – МЭЭ), экспертизы качества медицинской помощи (далее – ЭКМП) и предоставление отчёта о результатах такого контроля;

- рассмотрение обращений и жалоб граждан, осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц;

- ответственность за ненадлежащее исполнение условий договора о финансовом обеспечении ОМС, предусмотренных действующим законодательством РФ об ОМС.

## *2. Права СМО:*

- принимать участие в формировании ТП ОМС и распределении объемов предоставления медицинской помощи посредством участия в комиссии, создаваемой в субъекте РФ;

- участвовать в согласовании тарифов на оплату медицинской помощи;

- изучать мнения застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи;

- получать вознаграждения за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении ОМС;

- привлекать экспертов качества медицинской помощи, требования к которым предусмотрены в ФЗ "Об ОМС...".

## *3. Обязанности ТФ ОМС:*

- предоставление СМО по поступившей от нее заявке целевых средств в пределах объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной СМО и дифференцированных подушевых нормативов, в порядке и на цели, которые предусмотрены в ФЗ "Об ОМС...";

- предоставление СМО средств, предназначенных на расходы на ведение дела по ОМС, в пределах установленного норматива (в размере не менее 1 % и не более 2 % от суммы средств, поступивших в СМО по дифференцированным подушевым нормативам), и средств, являющихся вознаграждением за выполнение

условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении ОМС.

Норматив расходов на ведение дела по ОМС устанавливается Законом субъекта РФ о бюджете ТФ ОМС в едином размере для всех СМО, участвующих в реализации ТП ОМС в субъекте РФ.

В случае превышения установленного для СМО объёма средств на оплату медицинской помощи в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту, в соответствии с ФЗ "Об ОМС..." ТФ ОМС принимает решение о предоставлении или об отказе в предоставлении СМО недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса ТФ ОМС после проведения проверки с целью установления причин недостатка целевых средств у СМО.

В случае выявления нарушений договорных обязательств, ТФ ОМС при возмещении СМО затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств.

Перечень нарушений договорных обязательств устанавливается Правилами ОМС. Перечень санкций за нарушения договорных обязательств устанавливается Договором о финансовом обеспечении ОМС.

**Вторым этапом** является заключение договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Каждая СМО, работающая на территории субъекта РФ, заключает договоры со всеми медицинскими организациями, включёнными в реестр ТФ ОМС и участвующими в реализации ТП ОМС, для реализации которой решением Комиссии по разработке ТП ОМС установлен объём предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счёт средств ОМС.

Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в рамках программы ОМС, также должна соответствовать установленным законом требованиям и быть включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

По договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС медицинская организация обязуется оказать медицинскую

помощь застрахованному лицу в рамках ТП ОМС, а СМО обязуется её оплатить.

В Договоре на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС предусматриваются:

1. Получение от медицинских организаций сведений, необходимых для осуществления контроля за соблюдением требований к предоставлению медицинской помощи застрахованным лицам, информации о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи и иных сведений в объёме и порядке, которые установлены Договором на оказание и оплату медицинской помощи, обеспечение их конфиденциальности и сохранности, а также проверка их достоверности.

2. Осуществление контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях в соответствии с порядком, установленным ФФ ОМС.

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

4. Предоставление сведений о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимых для проведения контроля объёмов, сроков и качества предоставляемой медицинской помощи, о режиме работы этой организации, видах оказываемой медицинской помощи.

5. Представление счётов за оказанную медицинскую помощь.

СМО не вправе отказать в заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС медицинской организации, выбранной застрахованным лицом и включённой в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС.

Для оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, медицинская организация должна предоставить реестр счетов на оплату, которая осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС.

За неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества медицинская организация платит штраф в порядке и размере, которые установлены Договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.



## **4.2. Финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования**

При реализации ТП ОМС применяются следующие способы оплаты:

1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

– по тарифам на основе подушевого норматива финансирования на прикреплённое население, с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с использованием принципа включения расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных условиях;

– по тарифам на единицу объёма медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

– по тарифам на основе подушевого норматива финансирования на прикреплённое население в сочетании с оплатой по тарифам за единицу объёма медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

2. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

– по тарифам за законченный случай лечения заболевания;

– за законченный случай лечения заболевания в соответствии с тарифами, определёнными по группам, объединяющим заболевания (клинико-статистические группы заболеваний).

3. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

– по тарифам за законченный случай лечения заболевания;

– за законченный случай лечения заболевания в соответствии с тарифами, определёнными по группам, объединяющим заболевания (клинико-статистические группы заболеваний) с учётом условий оказания (в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в стационарных условиях).

4. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) по тарифам, установленным на основе подушевого финансирования за вызов бригады скорой медицинской помощи.

**Средства обязательного медицинского страхования формируются за счёт:**

- 1) доходов от уплаты:
  - страховых взносов на ОМС,
  - недоимок по взносам, налоговым платежам,
  - начисленной пени и штрафов;
- 2) средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет ФФ ОМС в случаях, установленных действующим законодательством РФ;
- 3) средств бюджетов субъектов РФ, передаваемых в бюджеты ТФ ОМС;
- 4) доходов от размещения временно свободных средств.
- 5) иных источников, предусмотренных действующим законодательством РФ.

#### **Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения**

Обязанность по уплате страховых взносов работающего населения, размер страхового взноса на ОМС работающего населения и отношения, возникающие в процессе осуществления контроля за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) указанных страховых взносов и привлечения к ответственности за нарушение порядка их уплаты устанавливаются ФЗ "О страховых взносах...".

Территориальные органы Пенсионного фонда РФ предоставляют сведения об уплате страховых взносов на ОМС работающего населения в ТФ ОМС в порядке, определяемом Соглашением об информационном обмене между Пенсионным фондом РФ и ФФ ОМС.

#### **Размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения**

Размер и порядок расчёта тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения устанавливаются ФЗ "О страховых взносах...". Годовой объём бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом субъекта РФ на ОМС неработающего населения, не может быть меньше произведения численности неработающих застрахованных лиц на 01 апреля года, предшествующего очередному, в субъекте РФ и тарифа страхового взноса на

ОМС неработающего населения, установленного ФЗ "О страховых взносах...".

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

Расчётным периодом по страховым взносам на ОМС неработающего населения считается календарный год. В течение расчётного периода уплата страховых взносов на ОМС неработающего населения осуществляется страхователями путём перечисления суммы ежемесячного обязательного платежа в бюджет ФФ ОМС.

Сумма ежемесячного страхового взноса на ОМС неработающего населения, уплачиваемая страхователями, должна составлять 1/12 (одну двенадцатую) годового объёма бюджетных ассигнований, предусмотренного на указанные цели Законом о бюджете субъекта РФ.

### **Состав бюджетов Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориального фонда обязательного медицинского страхования**

К доходам бюджета ФФ ОМС относятся:

- страховые взносы на ОМС;
- недоимки по взносам, налоговым платежам;
- начисленная пеня и штрафы;
- средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет ФФ ОМС в случаях, установленных действующим Законодательством РФ;
- доходы от размещения временно свободных средств;
- иные источники, предусмотренные действующим законодательством РФ.

**Расходы** бюджета ФФ ОМС осуществляются с целью финансового обеспечения ОМС:

- 1) предоставления субвенций из бюджета ФФ ОМС бюджету ТФ ОМС для финансового обеспечения расходных обязательств субъекта РФ;
- 2) исполнения расходных обязательств РФ, возникающих в результате принятия ФЗ и/или нормативных правовых актов РФ в сфере охраны здоровья граждан;

3) выполнения функций органа управления ФФ ОМС.

В составе бюджета ФФ ОМС формируется нормированный страховой запас (резервируется на случай критических ситуаций с финансированием базовой и территориальной программ ОМС; расходование этих средств контролируется правлением ФФ ОМС). Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса ФФ ОМС устанавливаются ФЗ о бюджете ФФ ОМС на очередной финансовый год и плановый период.

*Состав бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов.*

1. К источникам доходов Федерального фонда обязательного медицинского страхования РФ относятся:

1) неналоговые доходы:

- страховые взносы на обязательное медицинское страхование
- по тарифу, устанавливаемому ФЗ от 24 июля 2009 г. N 212-ФЗ, в части, зачисляемой в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;
- недоимки, пени и штрафы по взносам в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;
- доходы от размещения временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования;
- штрафы, санкции, суммы, поступающие в результате возмещения ущерба;

2) безвозмездные поступления:

- межбюджетные трансферты из федерального бюджета, передаваемые Федеральному фонду обязательного медицинского страхования;
- прочие поступления.

Подлежат зачислению:

- неналоговые доходы:
- доходы от размещения временно свободных средств территориальных фондов обязательного медицинского страхования;
- штрафы, санкции, суммы, поступающие в результате возмещения ущерба;
- безвозмездные поступления:
- субвенции из бюджета ФФ ОМС;
- межбюджетные трансферты (за исключением субвенций) из бюджета ФФ ОМС;

- межбюджетные трансферты из бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемые территориальным фондам обязательного медицинского страхования, в том числе на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования и на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования;
- прочие поступления, предусмотренные законодательством РФ и законодательством субъектов РФ.

Доходами бюджета ФФОМС являются средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет ФФОМС.

В настоящее время в ФФОМС поступают следующие межбюджетные трансферты:

- целевые средства на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- целевые средства на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан;
- средства федерального бюджета, передаваемые бюджету Федерального фонда ОМС в части компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

Следующим доходом бюджета ФФОМС является доход от размещения временно свободных средств.

Необходимо отметить, что временно свободные средства как Федерального фонда, так и территориальных фондов обязательного медицинского страхования могут размещаться на банковские депозиты на следующих условиях:

- валютой депозита является валюта РФ;
- срок депозита составляет до 6 месяцев;
- процентная ставка по депозиту фиксируется на весь срок депозита;
- выплата процентного дохода осуществляется ежемесячно, а для депозитов на срок до 1 месяца - в конце срока депозита;
- обеспечивается возможность досрочного возврата суммы депозита по требованию Федерального фонда (территориального фонда);

- сумма временно свободных средств Федерального фонда (территориального фонда), размещаемых в кредитной организации, не может превышать 25% совокупного объема размещенных временно свободных средств.

К иным источникам доходов бюджета ФФОМС, предусмотренным законодательством, относятся, в частности, доходы от сдачи в аренду имущества и доходы от оказания платных услуг.

2. Расходы бюджета ФФ ОМС являются строго целевыми. Направлений возможного расходования средств ФФ ОМС три.

1) расходы осуществляются в целях финансового обеспечения предоставления субвенций из бюджета ФФ ОМС бюджетам территориальных фондов для финансового обеспечения расходных обязательств субъектов РФ, возникающих при осуществлении переданных им полномочий. Напомним, что к полномочиям субъектов РФ относится утверждение территориальных программ обязательного медицинского страхования, контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования на территориях субъектов РФ и ряд других полномочий;

Средства предоставляются бюджетам территориальных фондов в форме субвенций. Субвенции являются безвозмездными поступлениями и зачисляются в бюджеты территориальных фондов и расходуются на основании Правил распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

2) ФФ ОМС вправе расходовать свой бюджет на исполнение расходных обязательств Российской Федерации, возникающих в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента РФ, и (или) нормативных правовых актов Правительства РФ в сфере охраны здоровья граждан. Прежде всего расходные обязательства ФФОМС определены комментируемым Законом, а также федеральными законами, названными в ст. 2, т.е. Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Федерации", Федеральным законом от 16 июля 1999 г. N 165-ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" и др.

Основная часть расходов представляет собой финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования, о которой см. ст. 35 и комментарий к ней;

3) бюджет ФФ ОМС расходуется на выполнение функций органа управления ФФ ОМС. Коллегиальным органом управления ФФ ОМС является правление, а постоянно действующим исполнительным органом – председатель ФФ ОМС. По всей видимости, под органом управления в комментируемой норме имеется в виду постоянно действующий исполнительный орган, в полномочия которого входит распоряжение имуществом ФФОМС, заключение договоров, издание разного рода приказов и указаний и т.п.

3. Положениями устанавливается норма, в соответствии с которой в составе бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования устанавливается нормированный страховой запас. Нормированный страховой запас Федерального фонда формируется в целях поддержания финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования и стимулирования эффективности реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования за счет доходов Федерального фонда. Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда устанавливаются федеральными законами о бюджете ФФОМС.

Направления расходования средств нормированного страхового запаса в 2014 г. установлены ст. 5 Федерального закона от 2 декабря 2013 г. N 321-ФЗ "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов":

1) на покрытие временных кассовых разрывов, возникающих в ходе исполнения бюджета ФФОМС в 2014 г., с последующим восстановлением средств нормированного страхового запаса Фонда;

2) на увеличение размера субвенций до размера субвенций, установленного настоящим Федеральным законом на 2014 г., если доходов бюджета ФФОМС, необходимых для формирования субвенций, недостаточно;

- 3) на увеличение субвенций в случае, если доходы бюджета ФФ ОМС обеспечивают формирование субвенций в размере, установленном настоящим Федеральным законом на 2014 г. Распределение средств нормированного страхового запаса ФФ ОМС на увеличение субвенций осуществляется ФФ ОМС пропорционально распределению субвенций из бюджета ФФ ОМС, направляемых в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение расходных обязательств субъектов РФ, возникающих при осуществлении переданных в сфере обязательного медицинского страхования полномочий, на 2014 год, установленных приложением 5 к Федеральному закону от 2 декабря 2013 г. N 321-ФЗ, и (или) в соответствии с решениями Правительства РФ;
- 4) на оплату расходов ФФ ОМС по изготовлению и доставке полисов обязательного медицинского страхования единого образца в размере, устанавливаемом Фондом;
- 5) на осуществление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в соответствии с ч. 12.1 ст. 51 комментируемого Федерального закона;
- 6) на предоставление федеральному бюджету иных межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение оказания федеральными государственными учреждениями медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Порядок использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда установлен Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 декабря 2010 г. N 1229н "Об утверждении Порядка использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования".

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования перечисляет средства нормированного страхового запаса в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования не позднее 10 рабочих дней с даты принятия Федеральным фондом решения о распределении данных средств. В соответствии с законодательством РФ Федеральный фонд обязательного медицинского страхования осуществляет контроль за использованием средств, направленных в бюджет территориальных фондов обязательного медицинского страхования.



4. Формирование бюджета территориальных фондов обязательного медицинского страхования формируется в соответствии с действующим законодательством. Так же как и при формировании бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, учитываются нормы Бюджетного кодекса РФ, Налогового кодекса РФ.

В соответствии с действующим законодательством к доходам территориального фонда обязательного медицинского страхования относятся:

- субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов;
- межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета Федерального фонда в соответствии с законодательством Российской Федерации (за отдельными исключениями);
- платежи субъектов РФ на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования;
- платежи субъектов РФ на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования;
- доходы от размещения временно свободных средств;
- межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта РФ, в случаях, установленных законами субъекта РФ;
- начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Для обеспечения гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования денежные средства поступают в территориальные фонды в виде субвенций из Федерального фонда.

Доходы бюджета ТФ ОМС формируются в соответствии с действующим Бюджетным законодательством РФ, к ним относятся:

- субвенции из бюджета ФФ ОМС бюджету ТФ ОМС;

- межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета ФФ ОМС;

- платежи субъекта РФ на дополнительное финансовое обеспечение ТП ОМС в объеме, предусмотренном БП ОМС;

- платежи субъекта РФ на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных БП ОМС;

- доходы от размещения временно свободных средств;

- межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта РФ;

- начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджет ТФ ОМС;

- иные источники, предусмотренные действующим Законодательством РФ.

Расходы бюджета ТФ ОМС осуществляются с целью финансового обеспечения ОМС:

1) выполнения территориальной программы ОМС;

2) исполнения расходных обязательств субъекта РФ в сфере охраны здоровья граждан;

3) ведения дел по ОМС СМО, т.е. на собственные расходы;

4) выполнения функций органа управления ТФ ОМС.

### **Субвенции для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации**

1. Под субвенциями бюджетам ТФОМС из бюджета ФФОМС понимаются межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов РФ, возникающих при выполнении полномочий РФ в сфере обязательного медицинского страхования, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов РФ федеральными законами.

Основным документом, определяющим объем предоставления субвенций, является федеральный закон о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период. Такой закон разрабатывается и утверждается ежегодно, исходя из ряда таких показателей, как:

- численность застрахованных лиц;

- норматив финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования;
- размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения конкретного субъекта РФ на будущий год (учитывается размер в соответствии со сведениями, представляемыми в ФФОМС высшим органом исполнительной власти субъекта РФ);
- размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, исчисляемый ФФОМС для конкретного субъекта РФ на будущий год по установленному тарифу 2 процента;
- размер дотаций, предусмотренный для конкретного субъекта РФ на будущий год Федеральным законом о бюджете ФФОМС.
- других показателей.

Иные показатели могут учитываться при расчете субвенций в соответствии с Порядком распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов, который устанавливается Правительством РФ.

Методика (проект методики) распределения субвенций бюджетам ТФОМС из бюджета ФФОМС представляется Правительством РФ в составе документов и материалов, вносимых в Государственную Думу одновременно с проектом федерального закона о бюджете ФФОМС на очередной финансовый год и плановый период.

Размер субвенций, предоставляемых бюджетам ТФОМС, рассчитывается по особой формуле, в которой при расчете учитываются такие показатели, как:

- численность застрахованного по обязательному медицинскому страхованию населения субъекта РФ или г. Байконура на 1 апреля года, в котором рассчитывается субвенция на очередной финансовый год, по сведениям ФФОМС;
- норматив финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования, установленный в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи на год, на который рассчитывается субвенция;
- коэффициент дифференциации для субъекта РФ или г. Байконура (который, в свою очередь, зависит от суммы средневзве-

шенного районного коэффициента к заработной плате и средне-взвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями; расчетного уровня индекса бюджетных расходов субъекта РФ или г. Байконура на год, в котором рассчитывается субвенция);

- общий размер субвенций, установленный в бюджете ФФОМС на соответствующий финансовый год.

Перечисление субвенций в бюджеты территориальных фондов осуществляется после перечисления в установленном порядке в бюджет ФФОМС из бюджета субъекта РФ ежемесячно, до 20-го числа, суммы страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения. Размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения рассчитывается в соответствии со ст. 23.

2. Целью предоставления субвенций является финансовое обеспечение расходных обязательств субъектов РФ, возникающих при осуществлении полномочий РФ в сфере обязательного медицинского страхования, переданных органам государственной власти субъектов РФ, в частности, таких, как регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан, контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования на территориях субъектов РФ и др.

Распределение субвенций из бюджета ФФОМС бюджетам территориальных фондов утверждается федеральным законом о бюджете ФФОМС на очередной финансовый год и плановый период.

Перечисление субвенций осуществляется на особые счета, открытые территориальным органам Федерального казначейства для учета поступлений и их распределения между бюджетами российской бюджетной системы, для последующего перечисления в бюджеты территориальных фондов.

Размер субвенций бюджетам ТФОМС рассчитывается по формуле, при расчете по которой принимаются во внимание:

- численность застрахованного по обязательному медицинскому страхованию населения субъекта РФ или г. Байконура на 1 апреля года, в котором рассчитывается субвенция на очередной финансовый год, по сведениям ФФОМС;

- норматив финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования, установленный в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи на год, на который рассчитывается субвенция;
- коэффициент дифференциации для субъекта РФ или г. Байконура (который, в свою очередь, зависит от суммы средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями; расчетного уровня индекса бюджетных расходов субъекта РФ или г. Байконура на год, в котором рассчитывается субвенция);
- общий размер субвенций, установленный в бюджете ФФОМС на соответствующий финансовый год.

В срок до 10-го числа каждого месяца ТФОМС отчитываются в ФФОМС об использовании субвенций. В случае нецелевого использования субвенций соответствующие средства возмещаются в бюджет ФФОМС в порядке, установленном Минздравом России. Остатки средств на 1 января очередного финансового года, образовавшиеся в бюджетах ТФОМС в результате неполного использования в текущем финансовом году субвенций, используются в очередном финансовом году на те же цели финансового обеспечения расходных обязательств субъектов РФ, возникающих при осуществлении полномочий РФ в сфере обязательного медицинского страхования, переданных органам государственной власти субъектов РФ.

3. Субвенции носят целевой характер и не могут быть использованы на другие цели. Еще раз заметим, что речь идет исключительно о субвенциях, предназначенных для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов РФ.

Для обеспечения контроля за целевым использованием средств используется соответствующий механизм, который заключается в том, что территориальный фонд представляет ежемесячно, до 10-го числа, в ФФОМС отчет об использовании субвенций в порядке и по форме, которые установлены Фондом.

В случае нецелевого использования субвенций соответствующие средства возмещаются в бюджет Фонда.

Контроль за осуществлением расходов бюджетов территориальных фондов, источником финансового обеспечения которых являются субвенции, возлагается на ФФОМС и Федеральную службу финансово-бюджетного надзора.

### **Формирование средств страховой медицинской организации и их расходование**

Целевые средства СМО формируются за счёт средств, поступивших:

1) от ТФ ОМС, в соответствии с Договором о финансовом обеспечении ОМС.

2) из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в соответствии с Законом с 01.01.2016 г.:

а) 50 % от средств по результатам проведения МЭК;

б) 50 % от сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями и выявленных в результате проведения ЭКМП;

в) 50 % от сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями и выявленных в результате проведения МЭЭ;

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

3) от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в соответствии с Законом, в части сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

СМО направляет медицинской организации целевые средства по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в объёме и на условиях, которые установлены ТП ОМС.

Получение СМО средств ОМС не влечёт за собой перехода этих средств в собственность СМО.

Собственными средствами СМО в сфере ОМС с 01.01.2016 г. являются:

- средства, предназначенные на расходы на ведение дела по ОМС;

- 15 % от сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями и выявленных в результате проведения ЭКМП;

- 15 % от сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями и выявленных в результате проведения МЭЭ;

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

- 10 % от средств, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для СМО годового объёма средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной СМО и дифференцированных подушевых нормативов;

- средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в соответствии ФЗ "Об ОМС...", сверх сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

Формирование собственных средств СМО осуществляется в порядке, установленном договором о финансовом обеспечении ОМС.

Операции со средствами ОМС в СМО подлежат отражению в отчёте об исполнении бюджета ТФ ОМС на основании отчётности СМО без внесения изменений в закон субъекта РФ о бюджете ТФ ОМС.

### **Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию**

Тарифы на оплату медицинской помощи:

– рассчитываются в соответствии с методикой расчёта тарифов на оплату медицинской помощи, утверждённой ФОИВ, уполномоченным Правительством РФ, в составе правил ОМС;

– формируются на основе требований стандартов и порядков оказания медицинской помощи;

– включают статьи затрат, установленные ТП ОМС;

– устанавливаются соглашением между уполномоченным ИОГВС РФ, ТФ ОМС, представителями СМО, профессиональных медицинских ассоциаций и профессиональных союзов медицинских работников – Генеральным тарифным соглашением.

Тарифы являются денежными суммами, определяющими уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинской организации по выполнению ТП ОМС. При этом под объектом установления тарифа понимается медицинская помощь, выраженная в объёмных показателях деятельности медицинских организаций по ОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех СМО, находящихся на территории субъекта РФ и оплачивающих медицинскую помощь в рамках ТП ОМС, а также в рамках БП ОМС.

Тарифы включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой. В тариф на оплату медицинской помощи включены:

- расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), по организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством РФ, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех СМО, находящихся на территории субъекта РФ и оплачивающих медицинскую помощь в рамках ТП ОМС, а также в рамках БП ОМС;

- дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи, определенные Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, утвержденной Правительством РФ. Дело в том, что в базовую программу обязательного медицинского страхования может быть при необходимости включен дополнительный перечень за-



болеваний и состояний, а также дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи к установленным Законом ОМС;

- расходы, определенные территориальной программой обязательного медицинского страхования в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования за счет средств субвенций из бюджета ФФОМС и межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов РФ в бюджет ТФОМС.

Тарифы должны в обязательном порядке пересматриваться не реже одного раза в три года, что является обязанностью органов власти субъектов РФ. Кроме того, тарифы могут индексироваться при условии участия медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования в указанном периоде.

### **Возмещение расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью**

Расходы СМО, в соответствии с законом ОМС, на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью (за исключением расходов на оплату лечения застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжёлого несчастного случая на производстве) подлежат возмещению лицом, причинившим вред здоровью застрахованного лица.

Предъявление претензии или иска к лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи СМО, осуществляется на основании результатов проведения ЭКМП, оформленных соответствующим актом.

Размер расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью определяется СМО на основании реестров счетов и счетов медицинской организации.

Иск о возмещении расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью и связанных с ними расходов СМО, предъявляется в порядке гражданского судопроизводства. Юридические и физические лица, виновные в причинении вреда здоровью за-

страхованного лица, могут возмещать расходы на оплату оказанной медицинской помощи в досудебном порядке.

Страховые медицинские организации являются участниками обязательного медицинского страхования и несут расходы, осуществленные на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью, поскольку оплачивают счета на лечение, выставленные медицинскими организациями, непосредственно оказывающими медицинскую помощь.

Обратим внимание, что речь идет в данном случае о помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью по вине третьих лиц. В качестве лиц, виновных в причинении вреда, могут выступать как любые физические, так и юридические лица.

Страховой медицинской организацией не могут быть предъявлены иски о возмещении расходов в случаях, когда вред здоровью застрахованного лица причинен непосредственно в результате произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве. Медицинская помощь, оказанная застрахованному лицу вследствие тяжелого несчастного случая на производстве, подлежит оплате за счет средств Фонда социального страхования РФ.

### **Оплата расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжёлого несчастного случая на производстве**

Под несчастным случаем на производстве понимается событие, в результате которого застрахованный получил увечье или иное повреждение здоровья при исполнении им обязанностей по трудовому договору. При этом несчастные случаи на производстве по степени тяжести повреждения здоровья подразделяются на тяжелые и легкие.

Считается, что тяжелый несчастный случай на производстве имеет место тогда, когда имеются повреждения здоровья, угрожающие жизни пострадавшего.

Пострадавший получает необходимое ему лечение независимо от причин случившегося – будь то обстоятельства непреодолимой силы (например, сильный порыв ветра, которым на работника уронило технику), виновное поведение другого работника или нарушение техники безопасности или иные причины. После этого уплата расходов на лечение застрахованного лица про-

изводится за период, исчисляемый со дня, когда произошел тяжелый несчастный случай на производстве и до дня восстановления трудоспособности либо установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности.

В частности, к тяжелым несчастным случаям на производстве относят:

- повреждения здоровья, острый период которых сопровождается шоком, комой, кровопотерей (объемом более 20%), эмболией, острой недостаточностью функций жизненно важных органов и систем (ЦНС, сердечной, сосудистой, дыхательной, почечной, печеночной и (или) их сочетанием);
- повреждения здоровья, квалифицированные при первичном осмотре пострадавшего врачами стационара, травматологического пункта или другими организациями здравоохранения как: проникающие ранения черепа; перелом черепа и лицевых костей; ушиб головного мозга; внутричерепная травма;
- ранения, проникающие в просвет глотки, трахеи, пищевода, а также повреждения щитовидной и вилочковой железы; проникающие ранения позвоночника;
- некоторые другие, названные в п. 3 Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24 февраля 2005 г. N 160 "Об определении степени тяжести повреждения здоровья при несчастных случаях на производстве".

Оплаты расходов на лечение следующих лиц, которые подлежат обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

- физические лица, выполняющие работу на основании трудового договора, заключенного со страхователем;
- физические лица, осужденные к лишению свободы и привлекаемые к труду страхователем;
- физические лица, выполняющие работу на основании гражданско-правового договора, подлежащие обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, если в соответствии с указанным договором страхователь обязан уплачивать страховщику страховые взносы.

Оплата расходов производится Фондом социального страхования РФ за счет средств обязательного социального страхования

от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

### **Контрольные вопросы**

1. Из каких источников формируются финансовые потоки в системе ОМС?
2. Назначение финансовых средств ОМС и их расходование.
3. Что такое субвенция в системе ОМС?
4. Что включает в себя договор о финансовом обеспечении ОМС, заключённый между ТФ ОМС и СМО?
5. Между кем заключается договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС?
6. Ответственность медицинской организации в договорных отношениях между СМО.
7. Обязанности СМО в договорных отношениях с медицинской организацией.
8. Кто определяет размер страхового взноса на территории РФ?
9. Что является тарифом в ОМС?
10. Что лежит в основе формирования тарифа в ОМС?

## **Раздел 5**

### **КОНТРОЛЬ ОБЪЁМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИН- СКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

Контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объёме и на условиях, которые установлены ТП ОМС и Договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, проводится в соответствии с порядком организации и проведения, установленными ФФ ОМС.

#### **5.1. Организация контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи**

Контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путём проведения МЭК, МЭЭ и ЭКМП.

Объектом контроля является организация и оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Субъектами контроля являются ТФ ОМС, страховые медицинские организации, медицинские организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Целями контроля являются:

- обеспечение бесплатного предоставления застрахованному лицу медицинской помощи в установленных объемах и на установленных условиях;
- защита прав застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи;

- предупреждение дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и (или) неправильного выполнения порядков оказания медицинской помощи и (или) стандартов медицинской помощи, медицинских технологий путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами;
- проверка исполнения страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями обязательств по оплате и бесплатному оказанию застрахованным лицам медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования;
- проверка исполнения страховыми медицинскими организациями обязательств по изучению удовлетворенности застрахованных лиц объемом, доступностью и качеством медицинской помощи;
- оптимизация расходов по оплате медицинской помощи при наступлении страхового случая и снижение страховых рисков в обязательном медицинском страховании.

Контроль осуществляется тремя способами:

- 1) путем проведения медико-экономического контроля;
- 2) путем проведения медико-экономической экспертизы;
- 3) путем экспертизы качества медицинской помощи.

Медико-экономический контроль заключается в установлении соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам условиям договоров, территориальной программе обязательного медицинского страхования способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи. Этот вид контроля производится на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов.

Медико-экономический контроль осуществляется специалистами страховых медицинских организаций и ТФОМС и включает в себя контроль всех случаев оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в целях:

- 1) проверки реестров счетов на соответствие установленному порядку информационного обмена в сфере обязательного медицинского страхования;
- 2) идентификации лица, застрахованного конкретной страховой медицинской организацией (плательщика);

3) проверки соответствия оказанной медицинской помощи:

- территориальной программе обязательного медицинского страхования;
- условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- действующей лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;

Медико-экономическая экспертиза может быть целевой либо плановой.

Целевая медико-экономическая экспертиза проводится в случае:

- повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней – при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней – при повторной госпитализации;
- заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 % от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи;
- получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации.

Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, отвечающим следующим требованиям:

- состоит на должности врача;
- имеет стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет;
- прошел соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

По итогам медико-экономической экспертизы специалистом-экспертом составляется акт медико-экономической экспертизы установленной формы.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится на основе стандартов медицинской помощи, клинических протоколов, национальных рекомендаций, иных нормативных и методических документов, определяющих технологию лечебно-диагностического процесса, порядок организации медицинской помощи, с учетом особенностей конкретного пациента и условий оказания медицинской помощи.

Для проведения названной экспертизы используются медицинские документы, содержащие информацию о ходе выполнения лечебно-диагностического процесса, например такие, как медицинская карта стационарного или амбулаторного больного, карта вызова скорой медицинской помощи. Другие источники информации, включая журналы регистрации больных, справки, эпикризы, заключения, носят вспомогательный характер.

Эксперт качества медицинской помощи должен состоять в территориальном реестре экспертов качества медицинской помощи по поручению территориального фонда обязательного медицинского страхования или страховой медицинской организации.

Эксперт качества медицинской помощи должен отвечать следующим требованиям:

- являться врачом-специалистом с высшим образованием;
- иметь свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста;
- иметь стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет;
- пройти подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

Экспертиза качества медицинской помощи может проводиться в виде целевой или плановой экспертизы качества медицинской помощи.

Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в течение месяца после предоставления страхового случая (медицинских услуг) к оплате (за исключением отдельных случаев).

Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в нескольких случаях:

- получение жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;
- необходимость подтверждения объема и качества медицинской помощи по случаям, отобранным при медико-экономическом контроле и медико-экономической экспертизе;
- летальные исходы при оказании медицинской помощи;
- внутрибольничное инфицирование и осложнение заболевания;



- первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
- повторное обоснованное обращение по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней – при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней – при повторной госпитализации;
- заболевания с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 % от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи.

Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится с целью оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, заболеванию или группе заболеваний, этапу медицинской помощи и другим признакам, условиям, предусмотренным договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится по случаям оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, отобранном методом случайной выборки либо по тематически однородной совокупности случаев. Объем ежемесячных плановых экспертиз качества медицинской помощи определяется планом проверок, составленным страховыми медицинскими организациями медицинских организаций и согласованным ТФОМС.

В течение календарного года реэкспертизе подвергаются все страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по случаям оказания медицинской помощи во всех медицинских организациях пропорционально количеству предъявленных к оплате счетов. Количество случаев, подвергаемых реэкспертизе, определяется количеством поводов для их проведения, но должно составлять не менее 10 % от числа всех экспертиз за соответствующий период времени, в их числе не менее 30 % реэкспертиз качества медицинской помощи.

По результатам работы эксперт качества медицинской помощи оформляет экспертное заключение, содержащее описание

проведения и результаты экспертизы качества медицинской помощи, на основании которого составляется акт экспертизы качества медицинской помощи.

Медицинская организация не вправе препятствовать доступу экспертов к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и обязана предоставлять экспертам запрашиваемую ими информацию. Эксперту, имеющему соответствующее основание для проверки, не может быть отказано в просмотре или копировании необходимой документации. Помимо получения письменных документов, после уведомления администрации медицинской организации эксперт качества медицинской помощи вправе проводить обход подразделений медицинской организации с целью контроля условий оказания медицинской помощи, подготовки материалов для экспертного заключения, а также консультирования застрахованного лица.

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи к нарушителям принимаются соответствующие меры воздействия.

Отчеты о результатах проведенного контроля предоставляются страховыми медицинскими организациями в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Страховая медицинская организация и территориальный фонд обязательного медицинского страхования ведут учет актов контроля.

Учетными документами могут являться реестры актов медико-экономического контро, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Результаты контроля в форме актов в течение 5 рабочих дней передаются в медицинскую организацию.

Возможно ведение электронного документооборота между субъектами контроля с использованием электронно-цифровой подписи.

В случае, когда акт доставляется в медицинскую организацию лично представителем страховой медицинской организации/территориального фонда обязательного медицинского страхования, на всех экземплярах акта ставится отметка о получении с указанием даты и подписью получателя. При отправке акта по

почте, указанный документ направляется заказным письмом (с составлением описи) с уведомлением.

Акт может быть направлен в медицинскую организацию в электронной форме при наличии гарантий его достоверности (подлинности), защиты от несанкционированного доступа и искажений.

Руководитель медицинской организации или лицо, его замещающее, рассматривает акт в течение 15 рабочих дней с момента его получения.

При согласии медицинской организации с актом и мерами, применяемыми к медицинской организации, все экземпляры актов подписываются руководителем медицинской организации, заверяются печатью, и один экземпляр направляется в страховую медицинскую организацию/территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

При несогласии медицинской организации с актом, подписанный акт возвращается в страховую медицинскую организацию с протоколом разногласий.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования на основе анализа деятельности субъектов контроля разрабатывает предложения, способствующие повышению качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов обязательного медицинского страхования и информирует орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения и территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

В договорах на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию предусматриваются штрафы для медицинских организаций за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в порядке и размере, которые установлены указанным договором.

Санкции к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установлены в Законе ОМС.

Результатом контроля в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате

медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) являются:

а) неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи в виде:

- исключения позиции из реестра счетов, подлежащих оплате объемов медицинской помощи;

- уменьшения сумм, представленных к оплате, в процентах от стоимости оказанной медицинской помощи по страховому случаю;

- возврата сумм, не подлежащих оплате, в страховую медицинскую организацию;

б) уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (по страховому случаю, при котором выявлены дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи).

Неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи и уплата медицинской организацией штрафов в зависимости от вида выявленных дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи могут применяться раздельно или одновременно.

Дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи:

1) дефекты, связанные с нарушением условий оказания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке застрахованным лицам (выявляются страховыми медицинскими организациями в случае несоблюдения медицинскими организациями положений законодательства Российской Федерации, порядков оказания медицинской помощи, договора на оказание и оплату медицинской помощи, регламентирующих данные условия (в том числе сроки и доступность плановой помощи, маршрутизации при наличии показаний к госпитализации));

2) дефекты, связанные с причинением вреда здоровью застрахованным лицам (при ухудшении состояния здоровья, выражающемся в телесных повреждениях, заболеваниях, патологических состояниях, возникших в результате действия механических, физических, химических, биологических, психических и иных факторов внешней среды, а также бездействию в том случае, если оно повлекло ухудшение состояния здоровья);

- 3) доказанные в установленном законодательством Российской Федерации порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации при несоблюдении ими принятых этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей;
- 4) невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых или выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи или преждевременным с клинической точки зрения прекращением проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта, устанавливается при полном или частичном несоответствии (как в сторону уменьшения, так и превышения) оказанной застрахованному лицу медицинской помощи обязательным требованиям, предусмотренным законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, а также произведенные без учета состояния здоровья пациента (информации о наличии противопоказаний или индивидуальных показаний, данных анамнеза);
- 5) нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении, необоснованная или непрофильная госпитализация застрахованного лица (выявляется страховой медицинской организацией при нарушении медицинской организацией порядков оказания медицинской помощи и установленных критериев госпитализации, включая отсутствие медицинских показаний для пребывания пациента в условиях круглосуточного стационара для проведения лечебных и диагностических мероприятий или госпитализация в медицинскую организацию или отделение, не имеющие соответствующей лицензии на оказание данного вида помощи (выполнение технологии));
- 6) развитие ятрогенного заболевания (выявляется при ухудшении состояния здоровья человека или возникновении нового заболевания, обусловленном неблагоприятными последствиями любых медицинских воздействий);

7) отсутствие объективных причин непредставления первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации (за исключением: изъятия документации уполномоченными органами, наличия официального запроса от застрахованного лица (представителя), оформленного в установленном законодательством Российской Федерации порядке);

8) дефекты оформления первичной медицинской документации, затрудняющие работу с документацией, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи и создающие невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи (выявляется страховой медицинской организацией при нарушении медицинской организацией правил оформления медицинской документации).

ТФ ОМС осуществляет контроль за деятельностью страховых медицинских организаций путем организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно (реэкспертизу).

Повторные медико-экономическая экспертиза или экспертиза качества медицинской помощи (или реэкспертиза) означают проводимую другим специалистом-экспертом (экспертом) экспертизу качества медицинской помощи с целью проверки обоснованности и достоверности выводов по ранее принятым первичным заключениям, сделанным специалистом-экспертом (экспертом).

Повторная экспертиза качества медицинской помощи может осуществляться параллельно или последовательно с первой тем же методом, но другим экспертом качества медицинской помощи.

Повторная экспертиза назначается для:

- проверки обоснованности и достоверности заключения специалиста-эксперта или эксперта качества медицинской помощи, первично проводившего медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи;
- контроля деятельности отдельных специалистов-экспертов / экспертов качества медицинской помощи.

Случаи проведения повторных экспертиз строго регламентированы и проводятся в случаях:

- проведения ТФОМС документальной проверки организации обязательного медицинского страхования страховой медицинской организацией;
- выявления нарушений в организации контроля со стороны страховой медицинской организации;
- необоснованности и (или) недостоверности заключения эксперта качества медицинской помощи, проводившего экспертизу качества медицинской помощи;
- поступления претензии от медицинской организации, не урегулированной со страховой медицинской организацией.

ТФ ОМС обязан уведомить страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию о проведении реэкспертизы не позднее, чем за 5 рабочих дней до начала работы. В течение 5 рабочих дней после получения запроса в рамках реэкспертизы организация обязана предоставить:

- страховая медицинская организация – необходимые для проведения реэкспертизы копии актов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;
- медицинская организация – медицинскую, учетно-отчетную и прочую документацию, при необходимости результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи, в том числе проведенного органом управления здравоохранением.

Законодательно определено, что количество случаев, подвергаемых реэкспертизе, должно определяться количеством поводов для их проведения, но не может быть менее 10% от числа всех экспертиз за соответствующий период времени, в их числе не менее 30 % реэкспертиз качества медицинской помощи.

В течение календарного года реэкспертизе должны быть подвергнуты все страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по случаям оказания медицинской помощи во всех медицинских организациях пропорционально количеству предъявленных к оплате счетов.

ТФОМС направляет оформленные результаты проведения реэкспертизы в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию в срок не позднее 20 рабочих дней после

окончания проверки. Страховая медицинская организация и медицинская организация обязаны рассмотреть указанные акты в течение 20 рабочих дней с момента их получения.

При несогласии с результатами проведенной реэкспертизы организация направляет в ТФОМС подписанный акт с протоколом разногласий не позже 10 рабочих дней с даты получения акта. Полученный протокол разногласий ТФОМС рассматривает с привлечением заинтересованных сторон в течение 30 рабочих дней с даты получения.

МЭК – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании реестров и счетов, представленных к оплате медицинской организацией, условий договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, ТП ОМС, способов оплаты медицинской помощи и тарифов на оплату медицинской помощи.

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

Работа с обращениями граждан в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования, территориальных фондах обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организациях проводится в общем порядке – в соответствии с Федеральным законом от 2 мая 2006 г. N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" и иными нормативными правовыми актами, регламентирующими работу с обращениями граждан.

При поступлении в страховую медицинскую организацию или ТФ ОМС жалобы застрахованного лица или его представителя на оказание медицинской помощи ненадлежащего качества результаты рассмотрения жалобы по итогам экспертизы качества медицинской помощи направляются в его адрес.

В страховых медицинских организациях могут организовываться специальные службы для защиты прав и законных интересов застрахованных лиц. Представители страховых медицинских организаций принимают участие в подготовке и размещении информационных материалов по защите прав застрахованных лиц и результатам контроля, а также обеспечивают застрахованных лиц



информационно-разъяснительными материалами по вопросам их прав, связанных с получением медицинской помощи.

## **5.2. Порядок применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи**

Закон ОМС определяет последствия выявленных нарушений вследствие проведенного в порядке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, либо удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, либо подлежит возврату в страховую медицинскую организацию, либо подлежит уменьшению оплаты медицинской помощи.

Неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи производится в виде:

- исключения позиции из реестра счетов, подлежащих оплате объемов медицинской помощи;
- уменьшения сумм, представленных к оплате, в процентах от стоимости оказанной медицинской помощи по страховому случаю;
- возврата сумм, не подлежащих оплате, в страховую медицинскую организацию.

С медицинской организации могут взыскиваться штрафы за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по страховому случаю, при котором выявлены дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи.

Законодательно разрешены такие наказания как неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи и уплата медицинской организацией штрафов в зависимости от вида выявленных дефектов медицинской помощи и (или) нарушений при оказании медицинской помощи применять одновременно.

При выявлении нарушений договорных обязательств в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления

медицинской помощи страховая медицинская организация частично или полностью не возмещает затраты медицинской организации по оказанию медицинской помощи, уменьшая последующие платежи по счетам медицинской организации на сумму выявленных дефектов медицинской помощи и (или) нарушений при оказании медицинской помощи или требует возврата сумм в страховую медицинскую организацию.

Сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, либо подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

За неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору медицинская организация уплачивает страховой медицинской организации штраф. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) установлен приложением N 8 к Порядку при организации и проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденному Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230.

Все нарушения, являющиеся основаниями для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи, разбиты на пять основных групп:

1) нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц (в том числе нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации; необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой; взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования, и др.);

2) отсутствие информированности застрахованного населения (в том числе отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет; отсутствие информационных стендов в медицинских организациях; отсутствие обязательной информа-

ции на информационных стендах в медицинских организациях и др.);

3) дефекты медицинской помощи (нарушения) при оказании медицинской помощи, в том числе доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц); невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи и т.д.;

4) дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации, в том числе представление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин; дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи);

5) нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов; наличие ошибок и (или) недостоверной информации в реквизитах счета (нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу; нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, и т.п.).

Конкретный размер штрафов за вышеперечисленные нарушения устанавливается условиями договора. При наличии в одном и том же случае оказания медицинской помощи двух и более оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения оплаты медицинской помощи к медицинской организации применяется одно наиболее существенное основание, влекущее больший размер неоплаты или отказ в оплате. Суммирование размера неполной оплаты медицинских услуг по одному страховому случаю не производится.

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

Применение санкций и тому подобные обстоятельства не освобождают медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного по вине медицинской организации.

Медицинская организация может быть освобождена от ответственности только в том случае, если докажет, что недостатки возникли не по ее вине. Спор по поводу недостатков оказанных медицинских услуг или причин, вызвавших такие недостатки, обычно решается путем проведения экспертизы, которая назначается по требованию любой из сторон. Расходы на экспертизу несет сторона, потребовавшая назначения экспертизы. Если экспертиза назначена по соглашению между сторонами, обе стороны поровну.

Если в результате оказания медицинских услуг у пациента возникли убытки, они подлежат возмещению медицинской организацией в полном объеме.

Если спор не удалось урегулировать в досудебном порядке, он передается в суд.

Застрахованное лицо вправе потребовать с медицинской организации компенсации морального вреда (при наличии вины медицинской организации). Размер компенсации морального вреда определяется судом и не зависит от размера возмещения имущественного вреда. Право застрахованных лиц на компенсацию морального вреда следует из ст. 15 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-1 "О защите прав потребителей".

Взаимные обязательства СМО и медицинских организаций, следствием которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, предусматриваются заключённым между

ними Договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

### **5.3. Обжалование заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи**

Медицинская организация имеет право обжаловать заключение страховой медицинской организации по результатам контроля в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации путем направления претензии в ТФ ОМС. Образец претензии содержится в приложении N 9 к Порядку организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденному Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230.

Претензия оформляется в письменном виде за подписью руководителя медицинской организации. Она направляется в ТФОМС с приложенными к ней материалами. Медицинская организация обязана предоставить в ТФ ОМС:

- обоснование претензии;
- перечень вопросов по каждому оспариваемому случаю;
- материалы внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи в медицинской организации.

В претензии указывается на несогласие с необоснованной суммой взаиморасчета, определенной экспертом качества медицинской помощи страховой медицинской организации, на конкретные причины и обоснование такого несогласия.

В претензии должны содержаться фамилия, имя, отчество застрахованного лица, реквизиты акта экспертной оценки, а также общая сумма взаиморасчета застрахованному лицу.

ТФ ОМС в течение 30 рабочих дней со дня поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации материалы и организует проведение повторных МЭК, МЭЭ и ЭКМП.

Решение территориального фонда обязательного медицинского страхования, признающее правоту медицинской организа-

ции, является основанием для отмены (изменения) решения о неоплате, неполной оплате медицинской помощи и (или) об уплате медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам первичной медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи.

Изменение финансирования по результатам рассмотрения спорных случаев проводится страховой медицинской организацией в срок не позднее 30 рабочих дней (в период окончательного расчета с медицинской организацией за отчетный период).

При несогласии медицинской организации с решением территориального фонда она вправе обжаловать это решение в арбитражный суд. Рассмотрение жалоб производится в особом порядке, по упрощенной процедуре.

#### **5.4. Персонифицированный учёт в сфере обязательного медицинского страхования**

Персонифицированный учёт в сфере ОМС (далее – персонифицированный учёт) – это организация и ведение учёта сведений о каждом застрахованном лице в целях реализации прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках БП ОМС и ТП ОМС.

Целями персонифицированного учёта являются:

1. Создание условий для обеспечения гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи надлежащего качества и в соответствующем объёме в рамках БП ОМС и ТП ОМС.

2. Создание условий для проведения контроля за использованием средств ОМС.

3. Определение потребности в объёмах медицинской помощи в целях разработки БП ОМС и ТП ОМС.

Персонифицированный учёт, сбор, обработка, передача и хранение сведений осуществляются ФФ ОМС и ТФ ОМС, Пенсионным фондом РФ и его территориальными органами, СМО, медицинскими организациями и страхователями для неработающих граждан в соответствии с полномочиями, предусмотренными в ФЗ "Об ОМС...".

С целью персонифицированного учёта ФФ ОМС и ТФ ОМС осуществляют информационное взаимодействие со страхователями для неработающих граждан, с Пенсионным фондом РФ и его территориальными органами, СМО, медицинскими и иными организациями, в соответствии с ФЗ "Об ОМС...".

Порядок ведения персонифицированного учёта определяется ФОИВ, уполномоченным Правительством РФ.

### **Персонифицированный учёт сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам**

В сфере ОМС ведётся персонифицированный учёт сведений о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи.

При ведении персонифицированного учёта сведений о застрахованных лицах осуществляются сбор, обработка, передача и хранение следующих сведений о застрахованных лицах:

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Пол.
3. Дата рождения.
4. Место рождения.
5. Гражданство.
6. Данные документа, удостоверяющего личность.
7. Место жительства.
8. Место регистрации.
9. Дата регистрации.
10. СНИЛС.
11. Номер полиса ОМС застрахованного лица.
12. Данные о СМО, выбранной застрахованным лицом.
13. Дата регистрации в качестве застрахованного лица.
14. Статус застрахованного лица (работающий, неработающий).

Персонифицированный учёт сведений о застрахованных лицах ведётся в форме ЕРЗЛ, являющегося совокупностью его центрального и региональных сегментов.

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

1. Номер полиса ОМС застрахованного лица.

2. Медицинская организация, оказавшая соответствующие услуги.

3. Виды оказанной медицинской помощи.

4. Условия оказания медицинской помощи.

5. Сроки оказания медицинской помощи.

6. Объёмы оказанной медицинской помощи.

7. Стоимость оказанной медицинской помощи.

8. Диагноз.

9. Профиль оказания медицинской помощи.

10. Медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу, и применённые лекарственные препараты.

11. Применённые медико-экономические стандарты.

12. Специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь.

13. Результат обращения за медицинской помощью.

14. Результаты проведённого контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

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

Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи относятся к информации ограниченного доступа и подлежат защите, в соответствии с действующим Законодательством РФ.

**Взаимодействие медицинской организации с территориальным фондом ОМС и страховой медицинской организацией при ведении персонифицированного учёта сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам**

Медицинские организации предоставляют сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в ТФ ОМС и СМО в соответствии с порядком ведения персонифицированного



учёта, установленным ФОИВ, уполномоченным Правительством РФ.

Данные персонифицированного учёта сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предоставляются медицинскими организациями в СМО в объёме и сроки, которые установлены Договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

СМО и медицинские организации, в соответствии с правилами организации государственного архивного дела, хранят копии документов на бумажном и электронном носителях.

После истечения срока, установленного для хранения копий документов на бумажном и электронном носителях в СМО, данные копии подлежат уничтожению на основании акта об их уничтожении, утверждаемого руководителем СМО.

Медицинские организации, СМО и ТФ ОМС определяют работников, допущенных к работе с данными персонифицированного учёта сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и обеспечивают их конфиденциальность в соответствии с требованиями, установленными действующим Законодательством РФ по защите персональных данных.

### **Взаимодействие страховой медицинской организации и территориального фонда ОМС при ведении персонифицированного учёта сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам**

СМО предоставляют сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, полученные от медицинских организаций, в ТФ ОМС в соответствии с порядком ведения персонифицированного учёта.

Данные персонифицированного учёта сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предоставляются СМО в ТФ ОМС в объёме и сроки, которые установлены Договором о финансовом обеспечении ОМС, но не позднее 20 (двадцатого) числа месяца, следующего за отчётным. На основании указанных сведений, ТФ ОМС ведут персонифицированный учёт сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в соответствии с ФЗ "Об ОМС..." и порядком ведения персонифицированного учёта.

Ведение персонифицированного учёта сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в ТФ ОМС осу-

ществляется на бумажных и (или) электронных носителях. При несоответствии сведений на бумажных носителях сведениям на электронных носителях приоритет имеют сведения на бумажных носителях.

### **Взаимодействие территориального органа Пенсионного фонда РФ, страхователя для неработающих граждан и территориального фонда ОМС при ведении персонифицированного учёта сведений о застрахованных лицах**

Территориальный орган Пенсионного фонда РФ ежеквартально, не позднее 15 (Пятнадцатого) числа 2 (Второго) месяца, следующего за отчётным периодом, предоставляет в соответствующий ТФ ОМС сведения о работающих застрахованных лицах.

Страхователь для неработающих граждан ежемесячно, не позднее 5 (Пятого) числа каждого месяца, предоставляет в соответствующий ТФ ОМС фонд сведения о неработающих застрахованных лицах.

Территориальные органы Пенсионного фонда РФ, страхователи для неработающих граждан осуществляют обмен информацией с ТФ ОМС в электронном виде в порядке, определяемом соглашениями об информационном обмене, и по форме, утверждаемой ФФ ОМС и Пенсионным фондом РФ.

ТФ ОМС в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения сведений о застрахованном лице вносят их в региональный сегмент ЕРЗЛ.

### **Контрольные вопросы**

1. Где и кем оговариваются объём и сроки лечения пациента в системе ОМС?
2. Что такое ЭКМП?
3. Определение МЭК.
4. Определение МЭЭ.
5. Требования к врачу-эксперту.
6. Как проводится контроль качества оказанной медицинской помощи?
7. Порядок обжалования претензий к медицинским организациям.

8. Какие сведения собираются на застрахованное лицо для персонифицированного учёта?
9. Как проводится персонифицированный учёт сведений застрахованных лиц в системе ОМС?
10. Как проводится персонифицированный учёт сведений о медицинской помощи застрахованным лицам в системе ОМС?
11. Что является целью персонифицированного учёта данных пациента?

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выбрать один правильный ответ.

### 1. ТАРИФЫ НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ – ЭТО

- 1) денежные суммы, возмещающие расходы медицинских организаций при оказании медицинской помощи
- 2) денежные суммы, возмещающие расходы медицинской организации по выполнению ТП ОМС

### 2. РЕЕСТР МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СИСТЕМЕ ОМС СОДЕРЖИТ

- 1) перечень наименований всех медицинских услуг, выполняемых в медицинских организациях
- 2) перечень наименований медицинских услуг, оплачиваемых из средств ОМС

### 3. ОБЪЕКТ ОМС – ЭТО

- 1) риск, связанный с возникновением страхового случая
- 2) страховой риск, связанный с возникновением случая
- 3) страховой риск, связанный с возникновением страхового случая

### 4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ ОМС – ЭТО

- 1) событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение
- 2) совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого лицу предоставляется страховое обеспечение
- 3) совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию

## 5. СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПО ОМС – ЭТО

- 1) исполнение обязательств по предоставлению лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации
- 2) исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая
- 3) исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации

## 6. СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ НА ОМС – ЭТО

- 1) платежи, которые уплачиваются страхователями; имеют обезличенный характер
- 2) обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями на обеспечение прав застрахованного лица для получения страхового обеспечения

## 7. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО – ЭТО

- 1) физическое лицо, проживающее на территории РФ
- 2) физическое лицо, на которое распространяется ОМС в соответствии с ФЗ "Об ОМС..."

## 8. ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД НЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

- 1) издает нормативные правовые акты и методические указания по осуществлению территориальными фондами переданных полномочий
- 2) устанавливает формы отчетности в сфере обязательного медицинского страхования и порядок ее ведения
- 3) регулирует численность населения

## 9. ТФ ОМС – ЭТО

- 1) коммерческая организация, созданная субъектом РФ, в соответствии с действующим законодательством РФ для реализации государственной политики в сфере ОМС на территории субъекта РФ

- 2) некоммерческая организация, созданная субъектом РФ, в соответствии с действующим законодательством РФ для реализации государственной политики в сфере ОМС на территории субъекта РФ

#### 10. СМО – ЭТО

- 1) страховая организация, имеющая любую лицензию
- 2) страховая организация, имеющая лицензию, выданную ФОИВ, уполномоченным Правительством РФ, и осуществляющая функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности
- 3) юридическое лицо, участвующее в системе ОМС, имеющее лицензию, выданную Центральным Банком РФ, и наделённое отдельными полномочиями страховщика ОМС

#### 11. В СОСТАВ УЧРЕДИТЕЛЕЙ (УЧАСТНИКОВ, АКЦИОНЕРОВ) И ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ СМО ИМЕЮТ ПРАВО ВХОДИТЬ

- 1) ФФ ОМС и ТФ ОМС, медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в системе ОМС
- 2) физические лица

#### 12. СМО

- 1) вправе осуществлять иную деятельность
- 2) не вправе осуществлять иную деятельность, за исключением ОМС и ДМС

#### 13. СМО ВЕДУТ УЧЕТ

- 1) совместный по операциям со средствами ОМС и ДМС
- 2) отдельный по операциям со средствами ОМС и средствами ДМС с учётом особенностей, установленных нормативными правовыми актами ФОИВ.

#### 14. СМО ВЕДУТ

- 1) совместный учёт собственных средств и средств ОМС, предназначенных для оплаты медицинской помощи
- 2) отдельный учёт собственных средств и средств ОМС, предназначенных для оплаты медицинской помощи

15. СРЕДСТВА, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЕ ДЛЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПОСТУПАЮЩИЕ В СМО, ЯВЛЯЮТСЯ СРЕДСТВАМИ

- 1) нецелевого финансирования
- 2) целевого финансирования

16. МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ СВОЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ОМС НА ОСНОВАНИИ

- 1) договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС
- 2) договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС

17. РЕЕСТР МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ НЕ СОДЕРЖИТ

- 1) наименования и адреса медицинских организаций
- 2) перечень услуг, оказываемых конкретной медицинской организацией в рамках ТП ОМС
- 3) наименования и адреса медицинских организаций и перечень услуг, оказываемых в конкретной медицинской организацией в рамках ТП ОМС

18. МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, ВКЛЮЧЁННЫЕ В РЕЕСТР МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

- 1) имеют право в течение года выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС
- 2) не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере ОМС, выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС

## 19. МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩАЯ СВОЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ОМС

- 1) вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи, в соответствии с ТП ОМС
- 2) не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи, в соответствии с ТП ОМС

## 20. ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА НЕ ОБЯЗАНЫ

- 1) предъявлять полис ОМС при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи
- 2) подавать в СМО лично или через своего представителя заявление о выборе СМО, в соответствии с правилами ОМС
- 3) подавать декларацию о доходах в ТФ ОМС

## 21. СТРАХОВАТЕЛЬ НЕ ОБЯЗАН

- 1) регистрироваться и сниматься с регистрационного учёта с целью ОМС;
- 2) своевременно и в полном объёме осуществлять уплату страховых взносов на ОМС
- 3) устанавливать размер страховых взносов

## 22. ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, КОТОРЫЕ НЕ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ В РАМКАХ БП ОМС И ТП ОМС, – ЭТО

- 1) скорая медицинская помощь
- 2) первичная медико-санитарная помощь
- 3) медико-психологическая помощь
- 4) специализированная медицинская помощь

## 23. ТП ОМС ОПРЕДЕЛЯЕТ ПЕРЕЧЕНЬ

- 1) медицинских услуг, предоставляемых населению бесплатно
- 2) заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой гражданам бесплатно за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации и средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования



- 3) услуг, которые гражданин может получить в соответствии с договором
- 4) услуг, указанных в полисе медицинского страхования

24. ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС НЕ ОПЛАЧИВАЕТСЯ

- 1) скорая медицинская помощь
- 2) высокотехнологичная медицинская помощь
- 3) медико-психологическая помощь

25. ИЗ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА НЕ ОПЛАЧИВАЕТСЯ

- 1) проведение периодических медицинских осмотров
- 2) специализированная медицинская помощь, оказываемая в федеральных специализированных медицинских организациях
- 3) высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях, в соответствии с Государственным заданием

26. ПРИ РАЗРАБОТКЕ ТП ОМС УЧИТЫВАЕТСЯ

- 1) застрахованное по ОМС население, проживающее на территории субъекта РФ
- 2) среднегодовая численность населения, проживающая на территории субъекта РФ
- 3) застрахованное по ОМС и ДМС население, проживающее на территории субъекта РФ

27. ГРАЖДАНИН РФ ИМЕЕТ ПРАВО НА СМЕНУ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ИЛИ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА

- 1) ежемесячно
- 2) 1 раз в полгода
- 3) 1 раз в год

28. ПРАВО ГРАЖДАНИНА РФ НА БЕСПРЕПЯТСТВЕННОЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ И ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЕСЛИ ОН НАХОДИТСЯ НА ТЕРРИТОРИИ РФ ВНЕ МЕСТА ПРИКРЕПЛЕНИЯ К МЕДИЦИНСКОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ

- 1) реализуется
- 2) не реализуется

29. К ИСТОЧНИКУ ФИНАНСИРОВАНИЯ ТП ОМС В СУБЪЕКТЕ РФ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) федеральный бюджет
- 2) предпринимательская деятельность
- 3) бюджет субъекта РФ
- 4) средства ОМС

30. ТФ ОМС СОЗДАЕТСЯ ДЛЯ

- 1) достижения социальной справедливости и равенства всех граждан в системе ОМС
- 2) реализации государственной политики в сфере ОМС на территории субъекта РФ
- 3) контроля за использованием средств ОМС

31. ЗАДАЧАМИ ТФ ОМС ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) обеспечение прав граждан и гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в системе ОМС
- 2) обеспечение финансовой устойчивости системы здравоохранения

32. ПОЛНОМОЧИЯ ТФ ОМС ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В

- 1) аккумулировании средств ОМС и управлении ими, осуществлении финансового обеспечения реализации ТП ОМС в субъекте РФ
- 2) предоставлении кредитов страховщикам

33. ФУНКЦИИ ТФ ОМС – ЭТО

- 1) своевременно и в полном объеме платить страховые взносы на ОМС
- 2) использование средств ОМС, полученных за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с ТП ОМС
- 3) заключение со СМО, работающими в системе ОМС, договоров о финансовом обеспечении ОМС

34. РАСХОДЫ БЮДЖЕТА ТФ ОМС – ЭТО

- 1) выполнение функций органа управления ФФ ОМС
- 2) финансовое обеспечение выполнения ТП ОМС

- 3) исполнение расходных обязательств РФ, возникающих в результате принятия ФЗ и нормативных правовых актов в сфере охраны здоровья граждан

### 35. ОБЯЗАННОСТИ ДИРЕКТОРА ТФ ОМС СОСТОЯТ В

- 1) оформлении и выдачи целевых кредитов
- 2) контроле целевого использования средств
- 3) организации и осуществлении общего руководства текущей деятельностью ТФ ОМС, персональной ответственности за её результаты

### 36. К НАРУШЕНИЮ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РФ ОБ ОМС НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) нарушение страхователями срока подачи заявления о регистрации в ТФ ОМС
- 2) отказ в предоставлении документов, непредставление в установленный срок расчёта по начисленным и уплаченным страховым взносам на ОМС
- 3) неуплата сумм страховых взносов на ОМС неработающего населения при правильном исчислении этих страховых взносов

### 37. К ВИДАМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЕЙ ЗА НАРУШЕНИЕ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РФ ОБ ОМС ОТНОСЯТ

- 1) дисциплинарные взыскания
- 2) штрафы
- 3) уголовную ответственность

### 38. КОНТРОЛЬ ОБЪЁМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОМС

- 1) мероприятия по осуществлению соответствия качества оказываемой медицинской помощи, установленным федеральным стандартам в сфере здравоохранения
- 2) мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

### 39. ОБЪЕКТ КОНТРОЛЯ В ОМС –

- 1) организация и оказание бесплатной медицинской помощи
- 2) организация и оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию
- 3) организация и оказание медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию

### 40. СУБЪЕКТЫ КОНТРОЛЯ ОМС –

- 1) территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, медицинские организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования
- 2) территориальные фонды ОМС
- 3) медицинские организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности

### 41. ОКАЗАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДОЛЖНА СООТВЕТСТВОВАТЬ

- 1) ТП ОМС
- 2) договору на оказание и оплату медицинской помощи
- 3) договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС

### 42. ВИДЫ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

- 1) целевая и внеочередная
- 2) целевая и плановая
- 3) плановая

### 43. МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СПЕЦИАЛИСТАМИ

- 1) профессиональных медицинских ассоциаций
- 2) учреждения центрального банка РФ
- 3) страховых медицинских организаций и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

#### 44. ОКАЗАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДОЛЖНА СО- ОТВЕТСТВОВАТЬ

- 1) территориальной программе государственных гарантий
- 2) условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи
- 3) условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

#### 45. ФФ ОМС ТАКЖЕ

- 1) обеспечивает в пределах своей компетенции защиту сведений, составляющих информацию ограниченного доступа
- 2) осуществляет международное сотрудничество
- 3) осуществляет подготовку, переподготовку и повышение квалификации кадров
- 4) осуществляет организацию научно-исследовательской работы

#### 46. СМО ВКЛЮЧАЕТСЯ В РЕЕСТР СМО, ОСУЩЕСТВЛЯЮ- ЩИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ОМС

- 1) 01 сентября года, предшествующего году, в котором СМО намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС
- 2) 01 октября года, предшествующего году, в котором СМО намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС

#### 47. ПРАВИТЕЛЬСТВО РФ

- 1) вправе при утверждении БП ОМС устанавливать дополнительный перечень заболеваний и состояний, включаемых в БП ОМС в качестве случаев оказания медицинской помощи, и дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи
- 2) не вправе при утверждении БП ОМС устанавливать дополнительный перечень заболеваний и состояний, включаемых в БП ОМС в качестве случаев оказания медицинской помощи, и дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи

48. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКИХ ТАРИФОВ СМО УЧАСТВУЕТ В

- 1) расчёте медицинских тарифов
- 2) согласовании медицинских тарифов
- 3) утверждении медицинских тарифов

49. РЕЕСТР МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СИСТЕМЕ ОМС СОДЕРЖИТ

- 1) перечень наименований всех медицинских услуг, выполняемых в медицинских организациях
- 2) перечень наименований медицинских услуг, оплачиваемых из средств ОМС
- 3) перечень медицинских услуг, оплачиваемых из средств ОМС, с учётом затрат времени на их выполнение медицинским персоналом

50. ЧЛЕНАМИ ТАРИФНОЙ КОМИССИИ ПО ПОДГОТОВКЕ, РАССМОТРЕНИЮ И СОГЛАСОВАНИЮ ТАРИФОВ НА МЕДИЦИНСКИЕ И ИНЫЕ УСЛУГИ В СИСТЕМЕ ОМС НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕДСТАВИТЕЛИ

- 1) органов управления здравоохранением
- 2) профессиональной медицинской ассоциации
- 3) СМО
- 4) ТФ ОМС
- 5) Пенсионного фонда РФ

51. В ЦЕНЫ НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ВКЛЮЧАЮТСЯ

- 1) затраты на оплату труда за определенную работу
- 2) полные затраты учреждения на выполненную работу
- 3) полные затраты учреждения на выполненную работу плюс прибыль

52. ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ФАКТОРОМ В МЕТОДИКАХ ОЦЕНКИ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) достижение положительных медицинских результатов минимальными ресурсами
- 2) соответствие цели планируемому результату
- 3) сбережение материально-финансовых ресурсов

53. ИЗМЕРИТЕЛЕМ ОБЪЕМА ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нормы нагрузки врачей, работающих в поликлинике
- 2) функция врачебной должности
- 3) среднее число посещений в поликлинику на одного жителя в год

54. ПОТРЕБНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ – ЭТО

- 1) число коек на определенную численность населения
- 2) процент (доля) населения, нуждающегося в госпитализации
- 3) число госпитализированных за год больных

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

**Задача № 1.** Семья гражданина М. зарегистрирована в г. Москве, а живёт у родителей в Московской области. Их сыну 3 мес., на него выдан полис ОМС в г. Москве, по месту регистрации. Врач областной детской поликлиники отказалась принять ребёнка в связи с отсутствием регистрации.

*Указать, какую ответственность несет врач за отказ от оказания медицинской помощи.*

**Задача № 2.** Ребёнок, 8 лет. Страдает бронхиальной астмой. Согласно полису ОМС наблюдается в городской детской поликлинике № 3. Родители захотели проконсультировать его у врача-педиатра ведомственной медицинской организации (МСЧ), но в данной медицинской организации им предложили оплатить консультацию.

*Оценить правомерность действий МСЧ и представить верное решение.*

**Задача № 3.** На период летних каникул к бабушке из Казахстана приехала внучка 9 лет. В анамнезе – дискинезия желчного пузыря. После погрешности в диете развился острый приступ боли в правом подреберье. Врач выездной бригады скорой медицинской помощи после осмотра и оказания медицинской помощи рекомендовал обратиться в близлежащую поликлинику для наблюдения. В поликлинике за оказание медицинской помощи потребовали оплату.

*Оценить правомерность требования оплаты и представить верное решение.*

**Задача № 4.** Ребёнок, 10 лет, госпитализирован в детское соматическое отделение для стационарного обследования и лечения по поводу заболевания крови, на руках имеется полис ОМС. Лечащий врач рекомендовал родителям больного ребёнка приобрести лекарство для его лечения.

*Оценить правомерность действий врача и представить верное решение.*



**Задача № 5.** Ребенок, 11 лет. Страдает эпилепсией. Утром у мальчика развился эпилептический приступ, и родители вызвали скорую помощь. Врач выездной бригады скорой медицинской помощи оказал медицинскую помощь, но узнав, что у ребёнка нет полиса ОМС, потребовал оплатить медицинскую услугу.

*Оценить правомерность действий врача и представить верное решение.*

**Задача № 6.** Ребёнок, 13 лет, имеет полис ОМС с правом наблюдения в поликлинике № 1 по месту жительства. Родителей эта поликлиника не устраивает, и они просили СМО прикрепить ребёнка к поликлинике № 2. Получили отказ.

*Проанализировать ситуацию и представить верное решение.*

**Задача № 7.** В связи с юбилеем одной из больниц районного центра для местной печати и телевидения готовился сюжет об успехах данной медицинской организации. Журналистами проводились беседы с медицинским персоналом и пациентами. Фиксировались на видеоплётку отдельные медицинские манипуляции и оборудование. Через месяц вышла газета, а также сюжет на местном телевидении, где рассказывалось о достижениях, проблемах и перспективах медицинской организации, в том числе была представлена информация о здоровье подростка 14 лет, страдавшего тяжёлым недугом с неблагоприятным прогнозом для излечения. Возникшие случаи психологического давления со стороны сверстников, которым стала известна данная информация, привели подростка к попытке самоубийства.

- 1. Определить, можно ли расценивать данный случай как пример нарушения прав пациента?*
- 2. Определить, есть ли основания для возникновения юридической ответственности в связи с разглашением врачебной тайны.*
- 3. Проанализировать ситуацию и представить верное решение.*

**Задача № 8.** В городскую больницу г. Ростова обратился пациент Ч., 42 года, житель г. Майкоп Краснодарского края, в связи с приступом почечной колики. Дежурный врач, изучив его документы (паспорт, страховое свидетельство и справку больни-

цы г. Майкоп), с учётом удовлетворительного состояния пациента Ч. и отсутствия экстренных показаний, отказал в оказании медицинской помощи на том основании, что пациент не является жителем г. Ростов и страховое свидетельство выдано по месту его жительства. Однако ночью состояние больного резко ухудшилось, и вызванная бригада скорой медицинской помощи после оказания первой помощи увезла его в больницу скорой медицинской помощи, где он был прооперирован.

- 1. Оценить с правовой точки зрения действия врача городской больницы.*
- 2. Проанализировать ситуацию и представить верное решение.*

**Задача № 9.** По вине врача (несвоевременно поставлен диагноз: острый аппендицит) у пациента К., 43 года, было осложнение: воспаление брюшной полости, он болел в течение 2 мес. СМО, выдавшая полис ОМС, отказалась составить заключение о некачественном оказании медицинской помощи для предъявления иска в суд о взыскании причинённого ущерба.

*Проанализировать ситуацию и представить верное решение.*

**Задача № 10.** Житель г. Волгограда П., 48 лет, приехал в гости к своим родственникам в г. Санкт-Петербург. Через 2 дня ему стало плохо. Родственники вызвали на дом скорую помощь. Врач выездной бригады скорой медицинской помощи установил, что у П. острый приступ аппендицита и рекомендовал тому самостоятельно обратиться в ближайшую больницу, сославшись на то, что у П. нет с собой полиса ОМС.

*Оценить правомерность действий врача и представить верное решение.*

**Задача № 11.** Пациент Н., 64 года, был доставлен в больницу с обширным инфарктом миокарда. Кардиохирурги провели на сердце операцию по коронарному шунтированию. При выписке из больницы врач посоветовал ему санаторно-курортное лечение в санатории кардиологического профиля.

- 1. Определить, имеет ли право пациент Н. на бесплатное санаторно-курортное лечение.*

*2. Проанализировать ситуацию и представить верное решение.*

**Задача № 12.** Пациент К., 34 года, проживающий в г. Красноярске, приехал в г. Омск в командировку. При случайном падении получил серьёзную травму и обратился в ближайший травмпункт, но полиса ОМС у него не оказалось. На этом основании врач-травматолог отказал ему в приёме. Через некоторое время состояние пациента К. резко ухудшилось, и он был доставлен в травматологическое отделение больницы, ближайшей к месту проживания, где ему была оказана необходимая медицинская помощь.

*Проанализировать ситуацию и представить верное решение.*

**Задача № 13.** Пациент И., 47 лет, поступил в городскую больницу с подозрением на туберкулёз, в результате обследования диагноз подтвердился. Врачи объяснили пациенту, что необходимо провести полное обследование его близких родственников. Однако пациент И. настаивал на неразглашении диагноза его родным и объяснял это тем, что никто не будет приходить к нему в больницу, а он не переносит больничную еду, и ему необходимо внимание и уход. Пациент И. пригрозил, что в противном случае он подаст иск о компенсации причинённого ему морального вреда в результате разглашения врачебной тайны.

*Проанализировать ситуацию и представить верное решение.*

**Задача № 14.** Пациентка А., 27 лет, получила полис ОМС в г. Москве. Во время проживания у родственников в Московской области заболела ОРЗ и решила обратиться к участковому терапевту в местную поликлинику. Врач отказал ей в приёме на том основании, что полис ОМС получен в г. Москве, а не в Московской области, и порекомендовал обратиться за медицинской помощью по месту её постоянного жительства.

*Проанализировать ситуацию и представить верное решение.*

**Задача № 15 .** Ребенок, 12 лет, наблюдается в детской поликлинике по месту жительства – здорова. В летние каникулы родители решили направить её по путевке в санаторий. В детской поликлинике за освидетельствование девочки и оформление са-

наторно-курортной карты предъявили счёт на оплату этой медицинской услуги.

*Проанализировать ситуацию и представить верное решение.*

**Задача № 16 .** Ребенок, 12 лет, наблюдается в детской поликлинике по месту жительства – здоров. Захотел заниматься в плавательном бассейне. Для этого необходима справка о состоянии здоровья. В поликлинике по месту жительства за медицинское освидетельствование потребовали оплату.

*Проанализировать ситуацию и представить верное решение.*

**Задача № 17.** В детскую городскую больницу поступил ребёнок, 12 лет, доставленный после падения с балкона 3 этажа с повреждениями, вызвавшими кровопотерю. Требовалось срочное переливание крови, однако родители не дали согласие врачам на данное медицинское вмешательство, ссылаясь на то, что боятся заражения своего ребёнка ВИЧ-инфекцией. Врачи, после информирования родителей о возможных последствиях, попросили их письменно зафиксировать отказ от медицинского вмешательства и не стали делать эту процедуру, пытаясь остановить кровь медикаментозными средствами, но ребёнок умер от обильной кровопотери.

- 1. Определить степень ответственности медицинского персонала за смерть мальчика.*
- 2. Проанализировать ситуацию и представить верное решение.*
- 3. Описать алгоритм действий медицинских работников в случае отказа законных представителей ребёнка, не достигшего 15 лет (а больного наркоманией 16 лет) от медицинского вмешательства.*

**Задача № 18.** Ребёнок ,15 лет, является инвалидом с детства, для лечения ему потребовалось дорогостоящее лекарство. Врач отказалась его выписать, сославшись на то, что это лекарство не входит в перечень лекарств, бесплатно отпускаемых по рецептам врачей.

*Прав ли врач? Проанализировать ситуацию и представить верное решение.*

**Задача № 19.** По вине врача (несвоевременно поставлен диагноз: острый аппендицит) у пациента К., 43 лет, было осложнение: воспаление брюшной полости. Он болел в течение 2 месяцев. СМО, выдавшая полис ОМС, отказалась составить заключение о некачественном оказании медицинской помощи для предъявления иска в суд о взыскании причинённого ущерба.

- 1. Определить, должна ли СМО представлять интересы застрахованных лиц по договорам ОМС.*
- 2. Проанализировать ситуацию и представить верное решение.*

**Задача № 20.** Пациентка Г., 56 лет, проживающая в г. Кемерово, страдала рядом серьёзных заболеваний. Проводимое местными врачами лечение пациентка посчитала неэффективным и решила пройти полное обследование в г. Москве. Пациентка, имея полис ОМС, оформленный в г. Кемерово, обратилась в медицинскую организацию г. Москве, работающей в системе ОМС, за бесплатной консультацией, однако там ей было отказано в бесплатной консультации специалиста на том основании, что у неё имеется только полис ОМС, а одного этого документа для получения консультации недостаточно.

- 1. Указать документы, которые необходимо иметь пациенткам в случае обращения за медицинской помощью.*
- 2. Указать права пациента на получение бесплатной медицинской помощи в другом городе.*

**Задача № 21.** Пациент У., 22 лет, был госпитализирован в ЛОР-отделение больницы. В соответствии с ТП ОМС лечение и оперативное вмешательство было проведено бесплатно. Дополнительно пациент У. попросил сделать УЗИ печени на бесплатной основе, однако в этой просьбе ему было отказано.

- 1. Определить правомерность действий лечащего врача.*
- 2. Указать документ, в котором отражены перечень заболеваний (состояний) и виды медицинской помощи, оказываемые бесплатно.*

**Задача № 22.** Пациентка Ф., 29 лет, приехала отдыхать на курорт, где внезапно заболела. С высокой температурой она,

имея на руках полис ОМС, обратилась в медицинскую организацию, в которой ей отказали в бесплатной медицинской помощи.

- 1. Указать законодательный документ, определяющий право на получение бесплатной медицинской помощи гражданам РФ.*
- 2. Указать документы, которые необходимо иметь на руках, кроме полиса ОМС, для получения бесплатной медицинской помощи не в месте проживания.*
- 3. Указать организацию, в которую необходимо обращаться для защиты прав застрахованных лиц.*
- 4. Указать участников ОМС, между которыми должны быть произведены взаиморасчёты за медицинскую помощь, оказанную иногородним.*

**Задача № 23.** Врач участковой больницы выписал пациенту Л., 53 лет, направление в районную больницу на обследование мочеполовой системы. В регистратуре больницы пациенту Л. сказали, что УЗИ почек у них не проводится, поэтому он должен это обследование провести в отделении платных услуг районной больницы.

- 1. Правы ли работники регистратуры районной больницы?*
- 2. Проанализировать ситуацию и представить верное решение.*

**Задача № 24.** При проведении экспертной оценки 10.01.2012 г. врач-эксперт СМО И. был ознакомлен с медицинской документацией, в том числе с медицинской картой амбулаторного пациента С., 52 лет, 10.02.2012 г. пациент С. обратился к главному врачу поликлиники с заявлением о том, что о его заболевании узнали родственники, хотя никому о диагнозе не говорил. Пациент С. просил провести служебное расследование, в ходе которого было установлено родство эксперта И. с пациентом С.

- 1. Указать законодательно-нормативные документы, определяющие конфиденциальность сведений, составляющих врачебную тайну.*
- 2. Определить порядок допуска сотрудников СМО к сведениям, составляющим врачебную тайну.*

- 3. Определить степень ответственности за разглашение врачебной тайны лиц, участвующих в экспертизе качества медицинской помощи.*

**Задача № 25.** В городской больнице прооперирован пациент О., 60 лет, по поводу аденомы предстательной железы II стадии. Последние годы пациент О. страдал также ИБС II стадии, фиброзом левого лёгкого, церебральным склерозом, глаукомой. После операции он был помещён в реанимационное отделение, где находился в бессознательном состоянии. Через 2 дня, когда его состояние резко ухудшилось, его жена обратилась к лечащему врачу, а затем к заведующему реанимационным отделением с просьбой отменить ряд сильнодействующих препаратов, которые, как показал многолетний опыт лечения, плохо переносит пациент. В связи с категорическим отказом и угрозой перевести пациента О. из реанимационного отделения, она пыталась рассказать врачам, какие из лекарств обычно помогают мужу, просила проинформировать о состоянии его здоровья и методах лечения, в чем ей было грубо отказано.

- 1. Проанализировать ситуацию: были ли нарушены в данном случае права пациента О., гарантированные действующим законодательством РФ?*
- 2. Указать, к какому должностному лицу имеет право обратиться О. или его родственники в случае нарушения своих прав.*
- 3. Представить верное решение.*

**Задача № 26.** У пациента В., 56 лет, был обнаружен рак правого лёгкого. Лечащий врач решил проинформировать пациента о его диагнозе и в категорической форме заявил, что его состояние безнадежно и лечение не принесёт никаких результатов. В результате пациент В. совершил попытку самоубийства, и его родственники подали иск о компенсации причинённого морального вреда.

- 1. Оценить правомерность действий врача в данном случае.*
- 2. Описать алгоритм действий врача в случае, если у пациента В. прогноз развития заболевания неблагоприятный.*

**Задача № 27.** Пациентка Ю., 68 лет, обратилась с заявлением к главному врачу поликлиники с требованием заменить лечащего врача. Она объясняла свое требование тем, что врач невнимателен и недобросовестно относится к своим обязанностям. Главный врач поликлиники категорически отказал пациентке Ю. в смене врача и предложил обратиться в частную клинику, т.к. у него все врачи перегружены и не могут быть внимательны к каждому пациенту.

- 1. Оценить правомерность действий главного врача поликлиники.*
- 2. Представить верное решение.*

**Задача № 28.** Находясь в местах лишения свободы за совершённое преступление, гражданин С., 33 лет, попал в тюремную больницу с подозрением на вирусный гепатит "А", в результате обследования диагноз подтвердился. Вместе с тем больной категорически отказался от лечения и не принимал никакие лекарства. Врач объяснил возможные последствия отказа от медицинского вмешательства, однако пациент С. не изменил своего решения.

- 1. Определить действия врача в данной ситуации.*
- 2. Установлены ли действующим законодательством РФ основания для оказания принудительной медицинской помощи?*

**Задача № 29.** Пациент М., 65 лет, поступил в городскую больницу после ножевого ранения в живот. Пациенту была проведена срочная операция. Операция прошла удачно, однако через несколько часов больной умер. При вскрытии выяснилось, что не были выявлены переломы рёбер, т.к. не была обследована грудная клетка (ни физикально, ни рентгенологически). Поэтому лечение не оказывалось в полном объёме. Всё это усугубило тяжёлое состояние пациента М. и, по мнению родственников, способствовало наступлению смерти. На иждивении умершего пациента М. находились трое детей школьного возраста, жена и родители пенсионного возраста.

- 1. Определить, есть ли в данном случае основания для предъявления иска о возмещении вреда, причинённого жизни пациента М. и к кому должен быть предъявлен иск?*



2. *Указать, кто имеет право на подачу иска о возмещении вреда, причинённого потерей кормильца? Могут ли родственники умершего пациента М. потребовать компенсации морального вреда в судебном порядке?*

**Задача № 30.** В приёмный покой городской больницы попутным транспортом доставлен пострадавший неизвестный мужчина 20-30 лет в состоянии травматического шока 2 степени. При осмотре установлен диагноз: двусторонний множественный перелом рёбер. Дежурный врач назначил противошоковую терапию и передал назначение медицинской сестре В. для срочного выполнения, она, не выполнив назначение врача, вышла в соседнее отделение, где находилась в течение 15 мин, а пациент был один. По возвращении медсестра В. обнаружила пациента мёртвым.

1. *Указать причину летального исхода.*
2. *Определить были ли нарушены права пациента.*
3. *Указать вид ответственности, к которому будет привлечена медицинская сестра В.*

## ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер Ответа
1	2	18	2	35	3
2	2	19	2	36	3
3	3	20	3	37	2
4	3	21	3	38	2
5	3	22	3	39	2
6	3	23	1	40	3
7	2	24	3	41	3
8	3	25	1	42	2
9	2	26	1	43	3
10	3	27	3	44	1
11	2	28	1	45	1
12	2	29	2	46	1
13	2	30	2	47	1
14	2	31	1	48	2
15	2	32	1	49	2
16	2	33	3	50	5
17	3	34	2	51	3
				52	1
				53	3
				54	2

### Критерии оценки правильных ответов:

50–45 – отлично

45–40 – хорошо

40–35 – удовлетворительно

## ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

**Задача № 1.** Врач не имел права отказывать в оказании медицинской помощи, так как у ребенка был полис ОМС, по которому медицинская помощь оказывается на всей территории РФ.

**Задача № 2.** Медицинское учреждение, не работающее в системе ОМС, имеет право оказывать медицинскую помощь, кроме экстренной, на платной основе.

**Задача № 3.** Экстренная и неотложная помощь оказывается бесплатно независимо от гражданства.

**Задача № 4.** Лекарственное обеспечение при стационарном лечении оплачивается по полису ОМС. Действия врача незаконны.

**Задача № 5.** Экстренная и неотложная помощь оказывается бесплатно, наличие или отсутствие полиса не имеет значения.

**Задача № 6.** Отказ неправомерен, по закону ОМС граждане имеют право выбора медицинской организации.

**Задача № 7.** Имеет место разглашение врачебной тайны, администрация больницы не имела права давать информацию о состоянии здоровья пациента и должна нести юридическую ответственность.

**Задача № 8.** Врач не имел права отказывать в медицинской помощи больному, так как в соответствии с законом ОМС, по полису ОМС помощь оказывается на всей территории РФ.

**Задача № 9.** СМО обязана защищать интересы застрахованных. Пациенту нужно обратиться с заявлением в СМО, где он получил полис.

**Задача № 10.** Врач не имел права отказывать в экстренных случаях в госпитализации, так как в данном случае отсутствие полиса не является основанием отказа в медицинской помощи.

**Задача № 11.** Да имеет. В данном случае санаторно-курортное лечение оплачивает система ОМС.

**Задача № 12.** Врач не имел права отказывать в оказании медицинской помощи, так как экстренная и неотложная помощь оказывается без полиса.

**Задача № 13.** Туберкулез считается опасным социальным заболеванием, согласие больного на обследование родственников не требуется.

**Задача № 14.** Врач не имел права отказывать в оказании медицинской помощи пациенту, имеющему полис ОМС, так как полис действует на всей территории РФ. Пациентке необходимо обратиться в администрацию поликлиники или позвонить по телефону, указанному в полисе ОМС

**Задача № 15.** Оформление санаторно-курортной карты ребенку в поликлинике по месту жительства должно быть оформлено бесплатно.

**Задача № 16.** Справка в бассейн ребенку в поликлинике по месту жительства выдается бесплатно.

**Задача № 17.** Врачи должны взять письменный отказ от медицинского вмешательства от родителей, сообщить правоохранитель-

ным органам об отказе и критическом состоянии ребенка и подать на родителей в суд. Согласно ст. 20 Закона «Об основах ...» врачи обязаны оказывать медицинскую помощь в экстренных случаях без согласия. Оценку данного случая может дать только суд.

**Задача № 18.** Врач не имела права отказать в выписке лекарства, но должна была разъяснить родителям, что данный препарат они должны приобрести за свой счет.

**Задача № 19.** В данном случае должна быть проведена медицинская экспертиза для определения качества оказанной медицинской помощи, которая даст ответ, есть ли основания для предъявления претензий врачу. СМО не имела права отказывать в приеме заявления и должна защищать права пациентов.

**Задача № 20.** Полис ОМС выдается по месту жительства. Для получения бесплатной консультации в медицинском учреждении другого региона пациент должен иметь направление, выданное областным департаментом здравоохранения.

**Задача № 21.** Согласно территориальной программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи больному оказывается бесплатная медицинская помощь по основному заболеванию, в данном случае, лечение в ЛОР-отделении. Дополнительное обследование проводится за счет пациента, или он должен обратиться в поликлинику по месту жительства для обследования по полису ОМС.

**Задача № 22.** По полису ОМС больной должны оказать бесплатную медицинскую помощь, так как в соответствии с законом полис ОМС действует по всей территории РФ. Действия работником поликлиники незаконны.

**Задача № 23.** Обследование и лечение заболеваний мочеполовой системы входит в территориальную программу, и в поликлинике должны бесплатно провести обследование, если такой возможности нет, больному дается направление в областную клиническую больницу.

**Задача № 24.** Все медицинские работники не имеют право разглашать информацию, касающуюся пациента. Это прописано в Конституции ст. 23-24, в Законе «Об основах...» ст. 13, ответственность за разглашение - ст. 150 Гражданского кодекса. В медицинских организациях и страховых медицинских организациях издаются приказы о неразглашении врачебной тайны и эксперты СМО. Медицинский персонал подписывает, что ознакомлен и несет ответственность в соответствии с законодательством. Пациент имеет право подать заявление в суд.

**Задача № 25.** Если родственники считают, что больному назначено неправильное лечение, нужно обратиться с заявлением к главному врачу и в СМО, где больной застрахован.

**Задача № 26.** В соответствии со ст. 22 Закона « Об основах ...» врач обязан информировать больного о состоянии его здоровья и о поставленном диагнозе. В данном случае врач не имел юридического права скрывать диагноз.

**Задача № 27.** В соответствии с законодательством пациент имеет право на выбор врача. Необходимо написать заявление на имя главного врача. Отказ главного врача должен быть мотивирован: нехватка кадров, большая нагрузка на врача или иное и это должно быть юридически оформлено.

**Задача № 28.** Пациент имеет право отказаться от лечения, на данное заболевание принудительного лечения нет.

**Задача № 29.** Для оценки качества оказанной медицинской помощи необходимо провести медицинскую экспертизу, и только после решается вопрос, есть ли основания для предъявления претензий к медицинской организации, если есть, то степень вины и сумму компенсации определяет суд. В суд могут обратиться только наследники, имеющие документы из нотариальной конторы. Родственники могут обратиться с заявлением в правоохранительные органы для возбуждения уголовного дела

**Задача № 30.** Причину летального исхода определяет медицинская экспертиза. Болевой шок – это тяжелое угрожающее жизни патологическое состояние, врач не имел права оставлять больного и должен был вывести из этого состояния больного. В первую очередь юридическую ответственность несет врач, если в это время он не занимался более тяжелым больным, то он попадает под уголовную статью.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БП ОМС	– базовая программа обязательного медицинского страхования
ДМС	– добровольное медицинское страхование
ЕРЗЛ	– единый регистр застрахованных лиц
ИОГВС РФ	– исполнительный орган государственной власти субъекта РФ
МЭК	– медико-экономический контроль
МЭЭ	– медико-экономическая экспертиза
ОМС	– обязательное медицинское страхование
РФ	– Российская Федерация
СМО	– страховая медицинская организация
СНИЛС	– страховой номер индивидуального лицевого счёта
ТП ОМС	– территориальная программа обязательного медицинского страхования
ТФ ОМС	– территориальный фонд обязательного медицинского страхования
ФФ ОМС	– Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ФЗ	– Федеральный закон
ФОИВ	– федеральный орган исполнительной власти
ЭКМП	– экспертиза качества медицинской помощи

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ**

от 24 декабря 2012 г. N 1355н

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ ТИПОВОГО ДОГОВОРА  
НА ОКАЗАНИЕ И ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ  
МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

Список изменяющих документов

(в ред. Приказов Минздрава России от 07.10.2014 N 590н,  
от 16.11.2015 N 806н, от 25.03.2016 N 187н)

В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529; N 49, ст. 7047, 7057; 2012, N 31, ст. 4322; N 49, ст. 6758) приказываю:

1. Утвердить прилагаемую форму типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.
2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 декабря 2010 г. N 1184н "Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 февраля 2011 г., регистрационный N 19714).

Министр  
В.И. СКВОРЦОВА

Утвержден  
приказом Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 24 декабря 2012 г. N 1355н

Список изменяющих документов

(в ред. Приказов Минздрава России от 07.10.2014 N 590н,  
от 16.11.2015 N 806н, от 25.03.2016 N 187н)

## ТИПОВОЙ ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ И ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

" \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (место заключения договора)

Страховая медицинская организация \_\_\_\_\_  
(наименование страховой  
медицинской организации)

в лице \_\_\_\_\_,  
(должность, фамилия, имя, отчество)  
действующего на основании Устава, доверенности \_\_\_\_\_, лицензии  
N \_\_\_\_\_ от " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., выданной \_\_\_\_\_  
(наименование органа,  
выдавшего лицензию)

в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, далее  
именуемая страховой медицинской организацией, с одной стороны, и  
медицинская организация \_\_\_\_\_,  
(наименование медицинской организации)

включенная в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации  
территориальной программы обязательного медицинского страхования, и  
действующая на основании \_\_\_\_\_  
(сведения, подтверждающие право на осуществление  
медицинской деятельности)

\_\_\_\_\_, далее именуемая Организацией, в  
лице \_\_\_\_\_,  
(должность, фамилия, имя, отчество)  
действующего на основании \_\_\_\_\_,  
(основания для заключения договора)

с другой стороны, далее именуемые Сторонами, в соответствии с  
Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном  
медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства  
Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529; N 49, ст.  
7047, ст. 7057; 2012, N 31, ст. 4322; N 49, ст. 6758) (далее - Федеральный  
закон) заключили настоящий договор о нижеследующем:

### I. Предмет договора

1. Организация обязуется оказать необходимую медицинскую помощь за-  
страхованному лицу в рамках территориальной программы обязательного  
медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязу-  
ется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с террито-  
риальной программой обязательного медицинского страхования.

### II. Права и обязанности Сторон

2. Страховая медицинская организация вправе:

2.1. получать от Организации сведения, необходимые для осуществления  
контроля за соблюдением требований к предоставлению медицинской  
помощи застрахованным лицам, информацию о режиме работы, видах  
оказываемой медицинской помощи и иные сведения в объеме и в поряд-  
ке, определенных настоящим договором, осуществлять проверку их до-



стоверности, обеспечивать их конфиденциальность и сохранность в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;

2.2. при выявлении нарушений обязательств, установленных настоящим договором, не оплачивать или не полностью оплачивать затраты Организации на оказание медицинской помощи, требовать возврата средств в страховую медицинскую организацию и (или) уплаты Организацией штрафов в размерах, установленных в тарифном соглашении в соответствии с частью 2 статьи 41 Федерального закона;

2.3. предъявлять претензии и (или) иски к Организации в целях возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью в соответствии со статьей 31 Федерального закона и применять санкции в соответствии со статьей 41 Федерального закона.

3. Организация вправе:

3.1. получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании настоящего договора в соответствии с установленными тарифами;

3.2. обжаловать заключение страховой медицинской организации при наличии разногласий по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

3.3. увеличить размер средств, указываемых в заявке на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее - Заявка на авансирование): во II и III квартале года - не более чем на 20% от размера, указанного в пункте 5.5 настоящего договора; на декабрь - до 95% от размера среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи.

4. Страховая медицинская организация обязуется:

4.1. оплачивать медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в пределах объемов медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (приложение N 1 к настоящему договору), с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - тарифы), в течение трех рабочих дней после получения средств обязательного медицинского страхования от территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - территориальный фонд) путем перечисления указанных средств на расчетный счет Организации на основании предъявленных Организацией счетов и реестров счетов, до \_\_ числа каждого месяца включительно;

4.2. до \_\_ числа каждого месяца включительно направлять в Организацию аванс в размере суммы средств, указанной в Заявке на авансирование, полученной от Организации;

4.3. проводить контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам в Организации в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - порядок организации контроля), устанавливаемым Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд) в соответствии с пунктом 2 части 3 статьи 39 Федерального закона, и передавать акты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, содержащие результаты контроля, в Организацию в сроки, определенные порядком организации контроля;

4.4. обеспечивать Организацию информационным материалом (брошюрами, листовками, памятками) о правах граждан в сфере обязательного медицинского страхования, информационными стендами с плакатами и/или информацией о предоставляемых видах и объемах медицинской помощи, условиях ее получения в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования;

4.5. проводить ежемесячно, на 1 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года сверку расчетов с Организацией, по результатам которой составляется акт о принятии к оплате счетов (реестров счетов) за оказанную медицинскую помощь, подтверждающий сумму окончательного расчета между сторонами и содержащий сведения, предусмотренные правилами обязательного медицинского страхования и направлять подписанный (в том числе и с разногласиями) акт в Организации в течение 5 рабочих дней после получения данных актов от Организации;

4.6. осуществлять информационный обмен сведениями о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными Федеральным фондом согласно пункту 8 части 8 статьи 33 Федерального закона;

4.7. выполнять иные обязанности, предусмотренные Федеральным законом и настоящим договором.

5. Организация обязуется:

5.1. обеспечить застрахованным лицам реализацию права на выбор медицинской организации и врача в соответствии с законодательством Российской Федерации;

5.2. бесплатно оказывать застрахованным лицам при наступлении страхового случая медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, перечень видов которой содержится в сведениях, представляемых в соответствии с пунктом 5.15 настоящего договора;

5.3. предоставлять застрахованным лицам сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи и информацию, получаемую от страховой медицинской организации в соответствии с пунктом 4.4 настоящего договора;

5.4. представлять страховой медицинской организации сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, изменении видов, объемов, плановых и фактических сроков оказания медицинской помощи в течение трех рабочих дней с даты изменения, о застрахованном лице и оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (медицинскую, учетно-отчетную документацию, результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи при наличии), подписанные акты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в сроки, определенные порядком организации контроля, а также показатели доступности и качества медицинской помощи, в том числе информацию о сроках ожидания медицинской помощи в Организации;

5.5. направлять в страховую медицинскую организацию в срок до десятого числа текущего месяца Заявку на авансирование в размере до \_\_\_ процентов <\*> от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние 3 месяца, либо с периода начала действия настоящего договора (в случае периода действия договора менее трех месяцев);

-----

<\*> Размер средств заявки на авансирование устанавливается: на 2013 год - не более 55%, на 2014 год - не более 40%, с 2015 года - не более 50% от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи.

5.6. представлять страховой медицинской организации в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным, реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

5.7. представлять отчетность об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи и иную отчетность в порядке, устанавливаемым Федеральным фондом в соответствии со статьей 33 Федерального закона;

5.8. вести персонифицированный учет медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с Федеральным законом, и пред-

ставлять страховой медицинской организации сведения, необходимые для исполнения настоящего договора;

5.9. предоставлять страховой медицинской организации доступное для пациентов место для размещения информационных материалов о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, а также для деятельности представителя страховой медицинской организации;

5.10. использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования;

5.10.1. использовать средства нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования;

5.11. вести раздельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования;

5.12. проводить ежемесячно на 1 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года сверку расчетов со страховой медицинской организацией, по результатам которой составляется акт о принятии к оплате оказанной медицинской помощи, подтверждающий сумму окончательного расчета между Сторонами и содержащий сведения, предусмотренные правилами обязательного медицинского страхования и направлять подписанный (в том числе и с разногласиями) акт в страховую медицинскую организацию в течение 5 рабочих дней после получения данного акта от страховой медицинской организации;

5.13. осуществлять информационный обмен сведениями о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными Федеральным фондом в соответствии с пунктом 8 части 8 статьи 33 Федерального закона;

5.14. представлять до \_\_ числа каждого месяца включительно в электронном виде и (или) на бумажном носителе сведения в страховую медицинскую организацию о численности застрахованных лиц (приложение N 2 к настоящему договору) и списки застрахованных лиц (с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения, номера полиса обязательного медицинского страхования), выбравших Организацию для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, информацию об изменении представленных ранее сведений, о возникших обстоятельствах,

которые могут привести к нарушению требований стандартов медицинской помощи;

5.15. представить страховой медицинской организации в срок не позднее 1 рабочего дня после дня заключения настоящего договора сведения, подтверждающие право Организации на осуществление медицинской деятельности, заверенные в установленном порядке, перечень видов медицинской помощи, предоставляемых в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, сведения об условиях предоставления медицинской помощи застрахованным лицам и режиме работы Организации, показатели доступности и качества медицинской помощи, установленные для Организации, и другие документы, необходимые для выполнения настоящего договора;

5.16. предоставлять страховой медицинской организации сведения об оказании медицинской помощи застрахованному лицу, пострадавшему в результате противоправных действий (бездействия) третьих лиц, одновременно с предоставлением счетов за оказанную медицинскую помощь;

5.16.1. при необходимости в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным, направлять в комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования заявку на перераспределение объемов предоставления медицинской помощи;

5.17. выполнять иные обязанности, предусмотренные Федеральным законом и настоящим договором.

### III. Ответственность сторон

6. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. Страховая медицинская организация несет ответственность за:

7.1. неоплату, неполную или несвоевременную оплату медицинской помощи, оказанной по настоящему договору, в виде уплаты Организации за счет собственных средств пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения срока перечисления средств, от непоречисленных сумм за каждый день просрочки.

Уплата пени не освобождает страховую медицинскую организацию от оплаты медицинской помощи в соответствии с условиями настоящего договора;

7.2. необеспечение сохранности и конфиденциальности предоставляемой информации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы.

### IV. Срок действия договора и порядок его расторжения

9. Настоящий договор вступает в силу со дня подписания его сторонами и действует по 31 декабря года, в котором он был заключен.

10. Действие настоящего договора продлевается на следующий календарный год, если ни одна из сторон не заявит о его прекращении за тридцать дней до его окончания.

11. Страховая медицинская организация и Организация не вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего договора.

12. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон, совершенному в письменной форме.

13. Настоящий договор расторгается в одностороннем порядке:

при ликвидации одной из сторон;

при приостановлении, ограничении, отзыве либо прекращении действия лицензии у страховой медицинской организации;

при утрате Организацией права на осуществление медицинской деятельности;

при исключении Организации и (или) страховой медицинской организации из реестров медицинских организаций, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

14. О намерении досрочного расторжения договора страховая медицинская организация уведомляет Организацию за три месяца до предполагаемой даты расторжения договора.

15. При расторжении настоящего договора стороны производят окончательный расчет в течение десяти дней после прекращения действия договора, при этом ликвидируют взаимную дебиторскую и кредиторскую задолженность, о чем составляют соответствующий акт, копия которого в течение одного дня направляется страховой медицинской организацией в территориальный фонд.

#### V. Прочие условия

16. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр находится у страховой медицинской организации, другой - у Организации.

17. Все уведомления и сообщения, направляемые сторонами в связи с исполнением настоящего договора, должны быть сделаны в письменной форме.

18. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга об изменениях своих адресов и реквизитов.

19. Стороны обязуются принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий. В случае если одна из Сторон поручает обработку

персональных данных третьим лицам, на нее возлагается обязанность обеспечения указанными лицами конфиденциальности персональных данных и безопасности персональных данных при их обработке.

20. Приложения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью.

#### VI. Реквизиты сторон:

Страховая медицинская организация:  
ИНН/КПП \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Адрес (место) нахождения  
юридического лица: \_\_\_\_\_  
Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_  
БИК \_\_\_\_\_

Организация:  
ИНН/КПП \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Адрес (место) нахождения  
юридического лица: \_\_\_\_\_  
Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_  
БИК \_\_\_\_\_

#### VII. Подписи сторон

Страховая медицинская организация:  
\_\_\_\_\_  
М.П.

Организация:  
\_\_\_\_\_  
М.П.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ  
от 9 сентября 2011 г. N 1030н

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ ТИПОВОГО ДОГОВОРА  
О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Список изменяющих документов  
(в ред. Приказов Минздрава России от 07.10.2014 N 590н,  
от 16.11.2015 N 806н, от 25.03.2016 N 187н, от 28.06.2016 N 423н)

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529) приказываю:

1. Утвердить прилагаемую форму типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

2. При заключении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования размер средств заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи, предусмотренный в пунктах 2.10 и 4.5 формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, устанавливается в размере не более 50% от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи. Размер средств заявки может быть увеличен: во II-III квартале года - не более чем на 20% от размера, указанного в настоящем пункте приказа, на декабрь - до 95% от размера среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи.  
(в ред. Приказов Минздрава России от 16.11.2015 N 806н, от 25.03.2016 N 187н)

3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2012 года.

Врио Министра  
В.С. БЕЛОВ



Список изменяющих документов  
(в ред. Приказов Минздрава России от 25.03.2016 N 187н,  
от 28.06.2016 N 423н)

**ТИПОВОЙ ДОГОВОР  
О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

\_\_\_\_\_ года  
(место заключения договора)

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

\_\_\_\_\_ (наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования)

в лице \_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании \_\_\_\_\_, (реквизиты нормативного акта субъекта РФ)

далее именуемая территориальным фондом, с одной стороны, и страховая медицинская организация \_\_\_\_\_, (наименование страховой медицинской организации)

в лице \_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество)

действующая на основании Устава, доверенности \_\_\_\_\_, лицензии N \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, выданной \_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего лицензию)

далее именуемая страховой медицинской организацией <\*>, с другой стороны, а вместе именуемые Стороны, в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529) (далее - Федеральный закон), заключили настоящий договор о нижеследующем:

-----

<\*> Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования заключается между территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями, включенными в реестр страховых меди-

цинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации.

## I. Предмет договора

1. Территориальный фонд принимает на себя обязательства по финансовому обеспечению деятельности страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными в территориальной программе обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств.

## II. Обязанности и права Сторон

2. Страховая медицинская организация обязуется:

2.1. представить в территориальный фонд в срок не позднее 1 рабочего дня с момента заключения настоящего договора заверенную в установленном порядке копию лицензии страховой медицинской организации, реестр и копии и/или электронные копии договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - договор на оказание и оплату медицинской помощи), заключенных с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации (далее - медицинские организации), список застрахованных лиц с указанием сведений, предусмотренных пунктами 1 - 13 части 2 статьи 44 Федерального закона;

2.2. осуществлять обязательное медицинское страхование в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

2.3. оформлять (переоформлять), выдавать полис обязательного медицинского страхования застрахованному лицу;

2.4. вести учет застрахованных лиц, выданных им полисов обязательного медицинского страхования в соответствии с порядком персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 N 29н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 08.02.2011 N 19742) (далее - Порядок, персонифицированный учет), и составлять с территориальным фондом акты сверки численности застрахованных лиц на первое число каждого месяца в срок до \_\_\_ числа каждого месяца с распределением на половозрастные группы, применяемые при расчете дифференцированного подушевого норматива финансового обеспечения для страховой медицинской организации;

2.5. собирать, обрабатывать, обеспечивать сохранность и конфиденциальность сведений и информации при осуществлении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществлять обмен указанными сведениями между субъектами и участниками обязательного медицинского страхования в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утверждаемыми Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд) в соответствии с пунктом 8 части 8 статьи 33 Федерального закона;

2.6. представлять в территориальный фонд ежедневно (в случае наличия) данные о новых застрахованных лицах, сведения об изменении данных о ранее застрахованных лицах и направлять в территориальный фонд для включения в региональный сегмент застрахованных лиц сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов обязательного медицинского страхования, полученные от территориального фонда в соответствии с частью 6 статьи 16 Федерального закона;

2.7. в течение трех рабочих дней с момента получения от территориального фонда сведений о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов обязательного медицинского страхования, информировать застрахованных лиц в письменной форме о факте страхования, необходимости получения полиса обязательного медицинского страхования и обеспечивать выдачу им полиса обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 N 158н (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 03.03.2011 N 19998) (далее - Правила);

2.7.1. направлять в территориальный фонд для формирования нормированного страхового запаса в соответствии со статьей 26 Федерального закона средства на организацию дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования:

-средства по результатам проведения медико-экономического контроля в размере 50 процентов в течение трех рабочих дней после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц;

-средства, необоснованно предъявленные к оплате медицинскими организациями, выявленные в результате экспертизы качества медицинской помощи, сформированные в размере 35 процентов в течение трех рабочих

дней после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц;

-средства, необоснованно предъявленные к оплате медицинскими организациями, выявленные в результате медико-экономической экспертизы, сформированные в размере 35 процентов в течение трех рабочих дней после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц;

-средства, поступившие в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, в размере 25 процентов в течение трех рабочих дней после; поступления указанных средств на расчетный счет страховой медицинской организации;

2.8. формировать целевые средства на оплату медицинской помощи за счет:

2.8.1. средств, поступивших из территориального фонда на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящим договором;

2.8.2. средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования в соответствии со статьей 41 Федерального закона:

2.8.2.1. 50 процентов средств по результатам проведения медико-экономического контроля;

2.8.2.2. 50 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

2.8.2.3. 50 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

2.8.2.4. 50 процентов сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

2.8.3. средств, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в соответствии со статьей 31 Федерального закона, в части сумм, затраченных на оплату медицинской помощи;

2.9. формировать собственные средства в сфере обязательного медицинского страхования из источников, предусмотренных частью 4 статьи 28 Федерального закона, в следующем порядке:

2.9.1. средства, предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, полученные по нормативу в разме-

ре \_\_\_ процентов от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам, в соответствии с [частью 18 статьи 38](#) Федерального закона;

2.9.2. средства, необоснованно предъявленные к оплате медицинскими организациями, выявленные в результате экспертизы качества медицинской помощи, в размере 15 процентов направляются страховой медицинской организацией на формирование собственных средств в день удержания данной суммы из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, или в день возврата медицинской организацией указанной суммы при условии соблюдения процедуры обжалования заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, предусмотренной [статьей 42](#) Федерального закона;

2.9.3. средства, необоснованно предъявленные к оплате медицинскими организациями, выявленные в результате медико-экономической экспертизы, в размере 15 процентов направляются страховой медицинской организацией на формирование собственных средств в день удержания данной суммы из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, или в день возврата медицинской организацией указанной суммы при условии соблюдения процедуры обжалования заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, предусмотренной [статьей 42](#) Федерального закона;

2.9.4. средства, поступившие в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, в размере 25 процентов направляются страховой медицинской организацией на формирование собственных средств в день поступления указанных средств на расчетный счет страховой медицинской организации;

2.9.5. средства, образовавшиеся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов, в размере 10 процентов направляются страховой медицинской организацией на формирование собственных средств после подписания с территориальным фондом акта сверки расчетов по итогам года в течение \_\_\_ рабочих дней года, следующего за отчетным;

2.9.6. средства, поступившие от юридических и физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в соответствии со [статьей 31](#) Федерального закона, сверх сумм, затраченных на оплату медицинской помощи, направляются страховой медицинской организацией на форми-

рование собственных средств в день поступления указанных средств на расчетный счет страховой медицинской организации;

2.10. ежемесячно представлять в территориальный фонд на бумажном носителе заверенные печатью и подписанные руководителем и/или в электронном виде, подписанные электронной цифровой подписью руководителя:

заявку на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее - Заявка на авансирование) в размере не более \_\_ процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние 3 месяца, либо с периода начала действия настоящего договора (в случае периода действия договора менее трех месяцев) в срок до \_\_ числа месяца;

заявку на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь (далее - Заявка на получение целевых средств) в объеме средств, необходимых для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц, в срок до \_\_ числа месяца, следующего за отчетным;

2.11. направлять целевые средства на оплату медицинской помощи по договорам на оказание и оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в рамках объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальных программ обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия), созданной в субъекте Российской Федерации, по согласованным тарифам с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

2.12. вернуть остаток целевых средств в территориальный фонд в течение трех рабочих дней после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц;

2.13. использовать полученные в соответствии с настоящим договором средства по целевому назначению;

2.14. предоставлять отчет об использовании целевых средств одновременно с обращением за предоставлением целевых средств сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной страховой медицинской организации из нормированного страхового запаса территориального фонда;

2.15. направлять полученные средства нормированного страхового запаса территориального фонда в течение трех рабочих дней в полном объеме на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

2.16. заключать с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- 2.17. обеспечивать соответствие объемов медицинской помощи, установленных Комиссией для страховой медицинской организации согласно [приложению N 2](#) к настоящему договору, оплачиваемым объемам за оказанную медицинскую помощь медицинским организациям;
- 2.18. принимать меры по возмещению средств, затраченных на оказание медицинской помощи вследствие причинения вреда здоровью застрахованного лица;
- 2.19. вести отдельный учет собственных средств и средств обязательного медицинского страхования, предназначенных для оплаты медицинской помощи;
- 2.20. ежемесячно до двадцатого числа месяца, следующего за отчетным, предоставлять в территориальный фонд отчетность об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц и иную отчетность в порядке и по формам, установленным Федеральным фондом в соответствии со [статьей 33](#) Федерального закона;
- 2.21. информировать застрахованных лиц о медицинских организациях в соответствии с [Правилами](#), о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации, врача, о необходимости обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования и об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным [законом](#). Предоставлять информацию застрахованным лицам, задавшим вопрос по электронной почте или на официальный сайт в информационно-коммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть Интернет) в режиме "вопрос - ответ", не позднее 5 рабочих дней со дня получения вопроса;
- 2.22. размещать на собственном официальном сайте в сети "Интернет", опубликовывать в средствах массовой информации или доводить до сведения застрахованных лиц иными предусмотренными [законодательством](#) Российской Федерации способами информацию о своей деятельности, составе учредителей (участников, акционеров), финансовых результатах деятельности, опыте работы, количестве застрахованных лиц, а также показатели согласно [приложению N 1](#) к настоящему договору и иную информацию, предусмотренную законодательством Российской Федерации;
- 2.23. осуществлять контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам в медицинских организациях, с которыми страховой медицинской организацией заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи в

соответствии с [порядком](#), утвержденным приказом Федерального фонда от 01.12.2010 N 230 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28.01.2011 N 19614) (далее - порядок организации контроля), и представлять в территориальный фонд отчет о результатах контроля;

2.24. обеспечивать возможность специалистам территориального фонда осуществлять проверку и (или) ознакомление с деятельностью, связанной с исполнением договоров в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе по проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

2.25. осуществлять рассмотрение обращений и жалоб граждан, осуществлять деятельность по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

2.26. в случае досрочного расторжения настоящего договора по своей инициативе:

за три месяца до даты расторжения уведомить территориальный фонд, застрахованных лиц и медицинские организации о намерении расторгнуть настоящий договор;

осуществить расчеты с медицинскими организациями в пределах имеющихся средств на оплату медицинской помощи;

осуществить сверку расчетов с медицинскими организациями на дату расторжения настоящего договора;

возвратить в бюджет территориального фонда остаток средств, оставшихся после выполнения в полном объеме своих обязательств по договорам на оказание и оплату медицинской помощи;

2.27. в случае прекращения действия настоящего договора, в том числе в связи с приостановлением или прекращением действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации в течение десяти рабочих дней после прекращения настоящего договора вернуть в бюджет территориального фонда целевые средства, не использованные по целевому назначению;

2.28. обеспечивать учет и сохранность сведений, поступающих от медицинских организаций, в соответствии с [Порядком](#);

2.29. информировать территориальный фонд о фактах приостановления или прекращения действия лицензии, реорганизации или ликвидации страховой медицинской организации в течение пяти рабочих дней со дня возникновения таких фактов;

2.30. проводить сверку расчетов с территориальным фондом, по результатам которой совместно с территориальным фондом составлять акты сверки расчетов на первое число каждого месяца в срок до \_\_\_\_ числа каждого месяца;



2.30.1. осуществлять информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

2.31. выполнять иные обязанности, предусмотренные Федеральным [законом](#) и настоящим договором.

3. Страховая медицинская организация вправе:

3.1. принимать участие в формировании территориальной программы обязательного медицинского страхования и в распределении объемов предоставления медицинской помощи посредством участия в Комиссии, созданной в субъекте Российской Федерации;

3.2. участвовать в согласовании тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - тарифы);

3.3. изучать мнения застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи;

3.4. привлекать экспертов качества медицинской помощи, квалификация которых соответствует требованиям Федерального [закона](#) и которые включены в территориальный [реестр](#) экспертов качества медицинской помощи;

3.5. обращаться в территориальный фонд за предоставлением целевых средств из нормированного страхового запаса территориального фонда в случае превышения установленного для страховой медицинской организации объема средств на оплату медицинской помощи в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту;

3.6. исключен;

3.7. осуществлять иные права, предусмотренные Федеральным [законом](#) и настоящим договором.

4. Территориальный фонд обязуется:

4.1. составлять со страховой медицинской организацией акты сверки численности застрахованных лиц и акты сверки расчетов на первое число каждого месяца в срок до \_\_\_ числа каждого месяца;

4.2. направлять в соответствии с [частью 6 статьи 16](#) Федерального закона ежемесячно, до десятого числа сведения о гражданах, не обратившихся в страховые медицинские организации за выдачей им полисов обязательного медицинского страхования, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой страховой медицинской организации;

4.3. актуализировать региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц и принимать меры к страховой медицинской организации за нарушения сроков представления данных о застрахованных лицах, а также сведений об изменении этих данных в соответствии с настоящим договором;

4.4. утверждать и пересматривать дифференцированные подушевые нормативы финансирования обязательного медицинского страхования при изменении численности и (или) половозрастной структуры застрахованных лиц и финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в порядке, установленном в [Правилах](#), и в течение пяти рабочих дней после утверждения руководителем территориального фонда доводить их до сведения страховой медицинской организации;

4.5. вести учет заявок, в соответствии с порядком документооборота, установленным в территориальном фонде, и направлять в страховую медицинскую организацию по поступившей от нее заявке:

в течение пяти рабочих дней со дня получения Заявки на авансирование - средства на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования в размере не более \_\_ процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние 3 месяца, либо с периода начала действия настоящего договора (в случае периода действия договора менее трех месяцев);

в течение трех рабочих дней со дня получения Заявки на получение целевых средств - средства на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования за отчетный месяц с учетом ранее направленных средств на авансирование оплаты медицинской помощи в размере суммы Заявки на получение целевых средств, но не более суммы целевых средств, рассчитанной исходя из количества застрахованных лиц и дифференцированных подушевых нормативов;

4.6. перечислять страховой медицинской организации:

4.6.1. средства, предназначенные на расходы на ведение дела, - ежемесячно одновременно с предоставлением средств на оплату медицинской помощи по Заявке на авансирование и Заявке на получение целевых средств по обязательному медицинскому страхованию, по нормативу в размере \_\_ процентов, в соответствии с [частью 18 статьи 38](#) Федерального закона;

4.6.2. средства в размере 10 процентов от образовавшихся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов, после подписания акта сверки расчетов между страховой медицинской организацией и территориальным фондом по итогам года в течение \_\_ рабочих дней года, следующего за отчетным;

4.7. предоставлять страховой медицинской организации сведения об установленных тарифах на территории субъекта Российской Федерации не позднее пяти дней после их утверждения;

4.8. принимать решение о предоставлении или об отказе в предоставлении страховой медицинской организации недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса территориального фонда в случае превышения установленных для страховой медицинской организации объемов средств на оплату медицинской помощи в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов, увеличением числа застрахованных лиц и (или) изменением их половозрастной структуры;

4.8.1. рассматривать обращение страховой медицинской организации за предоставлением целевых средств, сверх установленных на оплату медицинской помощи для страховой медицинской организации, из средств нормированного страхового запаса территориального фонда одновременно с отчетом страховой медицинской организации об использовании целевых средств и проводить проверку в течение десяти рабочих дней со дня обращения страховой медицинской организации в целях установления причин недостатка целевых средств у страховой медицинской организации;

4.8.2. осуществлять предоставление средств из нормированного страхового запаса территориального фонда не позднее пяти рабочих дней со дня окончания проверки при отсутствии оснований, предусмотренных [частью 9 статьи 38](#) Федерального закона;

4.8.3. отказать в предоставлении средств нормированного страхового запаса не позднее пяти рабочих дней со дня окончания проверки при: наличии у страховой медицинской организации остатка целевых средств; необоснованности размера дополнительно запрашиваемых средств, выявленного территориальным фондом по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи и проведения экспертизы качества медицинской помощи; отсутствии средств в нормированном страховом запасае территориального фонда;

4.9. осуществлять информационный обмен сведениями о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи в соответствии с [общими принципами](#) построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования;

4.10. предоставлять страховой медицинской организации сведения о нормативных документах, связанных с обеспечением обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, не позднее семи рабочих дней с даты их принятия или внесения в них изменений и в течение десяти календарных дней с даты запроса указанных документов;

4.11. осуществлять контроль деятельности страховой медицинской организации, в том числе, по заключению договоров на оказание и оплату медицинской помощи, выполнению условий данных договоров, организации обязательного медицинского страхования, защите прав застрахованных лиц, осуществлению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, достоверности учетно-отчетных сведений, направляемых в территориальный фонд, и проводить проверку деятельности страховой медицинской организации, в том числе путем ревизий, сверку расчетов со страховой медицинской организацией, а также между страховой медицинской организацией и медицинскими организациями при досрочном расторжении или прекращении настоящего договора;

4.12. в случае прекращения настоящего договора в связи с приостановлением действия, отзывом или прекращением действия лицензии у страховой медицинской организации оплатить счета на оплату медицинской помощи медицинских организаций в пределах объемов, установленных решением Комиссии, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оставшиеся неоплаченными страховой медицинской организацией;

4.13. произвести окончательный расчет со страховой медицинской организацией по настоящему договору не позднее десяти рабочих дней со дня его прекращения;

5. Территориальный фонд вправе:

5.1. в случае выявления нарушений договорных обязательств территориальный фонд при возмещении страховой медицинской организации затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств. Перечень санкций за нарушения договорных обязательств приведен в [приложении N 3](#) к настоящему договору;

5.2. реализовать иные права в соответствии с Федеральным [законом](#).

### III. Ответственность Сторон

6. Страховая медицинская организация несет ответственность перед территориальным фондом за:

6.1. нарушение установленных в настоящем договоре сроков предоставления данных о застрахованных лицах, а также сведений об изменениях в этих данных;

6.2. использование не по целевому назначению целевых средств;

6.3. невыполнение условий настоящего договора в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

6.4. ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. Страховая медицинская организация выплачивает штрафы, пеню и осуществляет восстановление средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению, по условиям настоящего договора за счет собственных средств, а также в случае невыполнения условий настоящего договора в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи за счет средств, перечисленных территориальным фондом на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию путем перечисления на расчетный счет территориального фонда в течение десяти рабочих дней с даты предъявления требований территориальным фондом.

8. Территориальный фонд несет ответственность перед страховой медицинской организацией за нарушение сроков перечисления страховой медицинской организации средств на обязательное медицинское страхование или неполное выделение средств на обязательное медицинское страхование, установленных настоящим договором, поступивших в бюджет территориального фонда за соответствующий период, в виде уплаты штрафа в размере пяти десятых процента от неперечисленных сумм.

9. При выявлении нарушений договорных обязательств территориальный фонд при возмещении страховой медицинской организации затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств и применяет штрафные санкции согласно [приложению N 3](#) к настоящему договору.

10. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы, возникшей после заключения настоящего договора.

#### IV. Срок действия договора и порядок его расторжения

11. Срок действия настоящего договора с "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по 31.12.20\_\_ г.

12. Действие настоящего договора продлевается на следующий календарный год, если ни одна из сторон не заявит о его прекращении за тридцать дней до его окончания, а также при условии участия страховой медицинской организации в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в следующем году.

13. Настоящий договор расторгается (прекращает свое действие) в следующих случаях:

13.1. истечения срока, на который он заключен;

13.2. ликвидации (прекращение деятельности) одной из Сторон;

13.3. при приостановлении или прекращении действия лицензии, отзыве лицензии у страховой медицинской организации;

13.4. по соглашению Сторон, совершенному в письменной форме;

- 13.5. по инициативе территориального фонда в случае нарушения страховой медицинской организацией условий настоящего договора;
- 13.6. по инициативе страховой медицинской организации, в том числе в случае нарушения территориальным фондом условий настоящего договора;
- 13.7. иных случаях, предусмотренных законодательством.
14. При прекращении действия настоящего договора, в том числе в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации:
- 14.1. страховая медицинская организация:
- 14.1.1. при прекращении настоящего договора в связи с истечением срока его действия выполняет в полном объеме обязательства по контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, результаты которого представляет в территориальный фонд;
- 14.1.2. проводит окончательный расчет с медицинскими организациями, ликвидирует взаимную дебиторскую и кредиторскую задолженность с медицинскими организациями и составляет акты сверки расчетов с медицинскими организациями, заверенные копии которых представляет в территориальный фонд;
- 14.1.3. в течение десяти рабочих дней с даты прекращения настоящего договора возвращает территориальному фонду целевые средства, не использованные по целевому назначению;
- 14.2. территориальный фонд при прекращении настоящего договора в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации оплачивает счета на оплату медицинской помощи в пределах установленных объемов с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оставшиеся неоплаченными страховой медицинской организацией;
15. При расторжении настоящего договора по инициативе страховой медицинской организации:
- 15.1. страховая медицинская организация:
- 15.1.1. в письменном виде уведомляет территориальный фонд за три месяца до даты расторжения о намерении расторгнуть договор;
- 15.1.2. осуществляет сверку расчетов с медицинскими организациями на дату расторжения настоящего договора;
- 15.1.3. осуществляет расчеты с медицинскими организациями в пределах имеющихся средств на оплату медицинской помощи;
- 15.1.4. в течение десяти рабочих дней с даты расторжения настоящего договора возвращает в бюджет территориального фонда остаток целевых средств, оставшихся после выполнения в полном объеме своих обязательств по договорам на оказание и оплату медицинской помощи;

15.2. территориальный фонд совместно со страховой медицинской организацией составляет акт сверки расчетов на дату возврата остатка целевых средств.

16. При расторжении настоящего договора по инициативе территориального фонда:

16.1. территориальный фонд:

16.1.1. в письменном виде уведомляет страховую медицинскую организацию за месяц до даты расторжения о причинах и намерении расторгнуть договор;

16.1.2. оплачивает счета на оплату медицинской помощи в пределах установленных объемов с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оставшиеся неоплаченными страховой медицинской организацией;

16.2. страховая медицинская организация:

16.2.1. в течение десяти дней проводит окончательный расчет с медицинскими организациями, ликвидирует взаимную дебиторскую и кредиторскую задолженность с медицинскими организациями и составляет акты сверки расчетов с медицинскими организациями, заверенные копии которых представляет в территориальный фонд;

16.2.2. в течение десяти рабочих дней с даты прекращения настоящего договора возвращает территориальному фонду целевые средства, не использованные по целевому назначению;

17. Территориальный фонд и страховая медицинская организация составляют акт сверки расчетов на дату возврата остатка целевых средств в территориальный фонд.

18. При приостановлении или прекращении действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации настоящий договор считается прекращенным с момента приостановления действия лицензии либо ее отзыва.

19. Настоящий договор может быть признан недействительным по решению суда.

#### V. Прочие условия

20. Стороны разрешают все спорные вопросы, возникшие в связи с выполнением настоящего договора, путем направления претензий, рассматриваемых в течение тридцати дней с момента получения.

21. В случае если стороны не могут прийти к соглашению, все споры и разногласия по выполнению настоящего договора, а также споры, связанные с его изменением, подлежат разрешению в соответствии с [законодательством](#) Российской Федерации.

22. Стороны информируют друг друга обо всех изменениях адресов и банковских реквизитов в срок не позднее пяти рабочих дней с момента возникновения изменений.

23. Все извещения, уведомления и иную корреспонденцию в соответствии с настоящим договором Стороны направляют в письменной форме за подписью уполномоченных лиц на адреса, указанные в настоящем договоре.

24. Передача Сторонами третьим лицам прав и обязанностей по настоящему договору не допускается, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

25. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: один экземпляр находится у территориального фонда, другой - у страховой медицинской организации.

#### VI. Реквизиты Сторон

Страховая медицинская организация:

Территориальный фонд:

ИНН/КПП \_\_\_\_\_

ИНН/КПП \_\_\_\_\_

ОГРН \_\_\_\_\_

ОГРН \_\_\_\_\_

Адрес (место) нахождения

Адрес (место) нахождения

юридического лица: \_\_\_\_\_

юридического лица: \_\_\_\_\_

Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_

Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_

#### VII. Подписи Сторон:

Страховая медицинская организация:

Территориальный фонд:

М.П.

\_\_\_\_\_ М.П.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



**Приложение N 3**  
к типовому договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. N 1030н

**ПЕРЕЧЕНЬ  
САНКЦИЙ ЗА НАРУШЕНИЕ ДОГОВОРНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ  
ПО НАСТОЯЩЕМУ ДОГОВОРУ**

Список изменяющих документов  
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 25.03.2016 N 187н)

N п/п	Наименование нарушения	Уменьшение финансирования (руб., %)	Финансовые санкции за счет собственных средств страховой медицинской организации (руб., %)
1.	нарушения порядка выдачи полиса обязательного медицинского страхования, предусмотренного <a href="#">статьей 46</a> Федерального закона		штраф в размере 3 000 рублей за каждый случай нарушения
2.	Ведение персонифицированного <a href="#">учета</a> сведений в обязательном медицинском страховании с нарушением установленного порядка		
2.1.	нарушение сроков представления данных о застрахованном лице и сведений об их изменении		штраф в размере 3 000 рублей за каждый случай нарушения
2.2.	нарушение сроков представления сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу		штраф в размере 3 000 рублей за каждый случай нарушения
2.3.	внесение в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц записей, содержащих недостоверные сведения		штраф в размере 3 000 рублей за каждый случай нарушения
3.	отказ в заключении договора с медицинской организацией на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы

	страхованию, включенной в реестр медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации		обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
4.	отсутствие официального сайта страховой медицинской организации или его несоответствие требованиям правил обязательного медицинского страхования		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
5.	отсутствие информационных стендов или плакатов в пунктах выдачи полисов		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
6.	непредставление (несвоевременное представление) территориальному фонду, в том числе		
6.1.	ежемесячного отчета об использовании средств обязательного медицинского страхования		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
6.2.	о деятельности по защите прав застрахованных лиц		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
6.3.	отчетности, определенной Федеральным фондом в соответствии с <a href="#">пунктом 5</a> части 8 статьи 33 Федерального закона		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы

			обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
7.	представление территориальному фонду недостоверной отчетности		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
8.	отказ в регистрации жалобы застрахованного лица, нарушение сроков рассмотрения жалоб застрахованных лиц, отказ в проведении экспертизы качества медицинской помощи по жалобе застрахованного лица, недоведение до заявителя результатов рассмотрения (или экспертизы качества медицинской помощи)		штраф в размере 100% подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования за каждый случай нарушения
9.	неуведомление застрахованных лиц, медицинских организаций и территориального фонда о расторжении настоящего договора по инициативе страховой медицинской организации за три месяца до даты расторжения, уведомление с нарушением установленного срока		штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за месяц, в котором она должна была направить уведомления
10.	непредъявление исков по возмещению расходов на оказание медицинской помощи вследствие причинения вреда здоровью застрахованного лица (регрессных исков) (за исключением случаев причинения вреда вследствие несчастного случая на производстве) при наличии информации у страховой медицинской организации	100% размера регрессного иска	
11.	нарушения деятельности по осуществлению контроля объемов, сроков, качества и условий предо-		

	ставления медицинской помощи, в том числе		
11.1.	невыявление дефектов, соответствующих перечню оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи, установленному в <a href="#">порядке</a> организации контроля	100% необоснованно оплаченной суммы	штраф в размере 10% от необоснованно оплаченной суммы
11.2.	нарушение сроков проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленных в соответствии с <a href="#">порядком</a> организации контроля		штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за период, в котором допущены нарушения
11.3.	невыполнение объемов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи		штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за период, в котором допущены нарушения
11.4.	проведение экспертизы качества медицинской помощи с нарушением требований к специалистам, ее осуществляющим, проведение экспертизы качества специалистом-экспертом, экспертом качества, не включенным в Реестр экспертов		штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за период, в котором допущены нарушения
11.5.	необоснованное снятие с медицинских организаций денежных средств по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования		штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за период, в котором допущены нарушения
11.6.	неприменение к медицинским организациям штрафных санкций по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и усло-		штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение

	вий предоставления медицинской помощи при наличии оснований их применения		дела страховой медицинской организации за период, в котором допущены нарушения
12.	оплата медицинской помощи, оказанной незастрахованному лицу	100% оплаченной стоимости медицинской помощи	штраф в размере 10% от необоснованно полученной суммы
13.	завышение суммы средств в заявке на получение средств от территориального фонда вследствие недостоверных данных о численности застрахованных лиц данной страховой медицинской организацией	100% необоснованно полученной суммы	штраф в размере 10% от необоснованно полученной суммы
14.	несвоевременное представление в территориальный фонд Заявки на авансирование и/или Заявки на получение целевых средств		штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за месяц, предшествующий месяцу, в котором она должна была направить Заявку
15.	несвоевременный возврат в бюджет территориального фонда средств при прекращении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в течение десяти рабочих дней с даты прекращения договора		пеня в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения срока перечисления средств в бюджет территориального фонда, от своевременно не возвращенных сумм за каждый день сверх установленного срока
16.	нецелевое расходование страховой медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования	100% суммы нецелевого использования средств	штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств
17.	несвоевременное возмещение страховой медицинской организацией средств обязательного ме-		пеня в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального банка

	дицинского страхования, использованных не по целевому назначению, в бюджет территориального фонда		Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения срока перечисления средств в бюджет территориального фонда, от своевременно не возмещенной суммы за каждый день сверх установленного срока
18.	несвоевременная оплата (неоплата) медицинским организациям медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию		пеня в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения, за каждый день сверх установленного срока
19	несвоевременное направление в территориальный фонд средств на организацию дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования		Штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за за период, в котором допущены нарушения
(п. 19 введен <u>Приказом</u> Минздрава России от 25.03.2016 N 187н)			
20.	нарушение порядка информационного сопровождения застрахованных лиц на любом этапе оказания им медицинской помощи		Штраф в размере 3 000 рублей за каждый случай нарушения
(п. 20 введен <u>Приказом</u> Минздрава России от 25.03.2016 N 187н)			

**ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В ОПЛАТЕ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
(УМЕНЬШЕНИЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)**

<b>Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц</b>	
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:
1.1.1	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;
1.1.2	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:
1.2.1	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;
1.2.2	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:
1.3.1	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;
1.3.2	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного ме-

	дицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.
1.5.	Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств", "Формуляр лечения стационарного больного", согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи.
<b>Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения</b>	
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:
2.2.1	о режиме работы медицинской организации;
2.2.2	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;
2.2.3	о видах оказываемой медицинской помощи;
2.2.4	о показателях доступности и качества медицинской помощи;
2.2.5	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;
2.2.6	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:
2.4.1	о режиме работы медицинской организации;
2.4.2	об условиях оказания медицинской помощи, установленных терри-



	ториальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;
2.4.3	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;
2.4.4	о показателях доступности и качества медицинской помощи;
2.4.5	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;
2.4.6	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.
<b>Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи</b>	
3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи:
3.2.1	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;
3.2.2	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);
3.2.3	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);

3.2.4	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);
3.2.5	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:
3.3.1	приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;
3.3.2	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).
3.5.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения).
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непро-

	фильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.
3.9.	Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи.
3.10.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.
3.11.	Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории.
<b>Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации</b>	
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.
4.2.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).
4.3.	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмеша-

	тельства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.
4.4.	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:
4.6.1	включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией;
4.6.2	несоответствие сроков лечения, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица срокам, указанным в реестре счета;
<b>Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов</b>	
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:
5.1.1	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;
5.1.2	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;
5.1.3	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;
5.1.4	некорректное заполнение полей реестра счетов;
5.1.5	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);
5.1.6	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахо-

	ванного лица к страховой медицинской организации:
5.2.1	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;
5.2.2	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.);
5.2.3	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ;
5.2.4	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;
5.2.5	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:
5.3.1	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС;
5.3.2	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;
5.3.3	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:
5.4.1	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;
5.4.2	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности:

5.5.1	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;
5.5.2	предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;
5.5.3	предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).
5.6.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:
5.7.1	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);
5.7.2	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;
5.7.3	стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;
5.7.4	стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС.
5.7.5	включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); - пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).
5.7.6	включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.

Рекомендуемый образец

**АКТ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ  
СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ (ЦЕЛЕВОЙ)**

№ \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

1. Дата проведения экспертизы \_\_\_\_\_
2. Фамилия, имя, отчество специалиста-эксперта \_\_\_\_\_

---

3. Наименование проверяющей организации \_\_\_\_\_

---

4. Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

---

5. Номер счета за медицинские услуги \_\_\_\_\_
6. № полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_
7. Номер медицинской карты (амбулаторного или стационарного больного) \_\_\_\_\_
8. Окончательный (клинический) диагноз основного заболевания \_\_\_\_\_

---

9. Диагноз сопутствующего заболевания \_\_\_\_\_
10. Сроки лечения с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_
11. Стоимость лечения \_\_\_\_\_
12. Длительность заболевания \_\_\_\_\_
13. Фамилия, имя, отчество лечащего врача \_\_\_\_\_
14. Дополнительно проверена следующая учетно-отчетная документация \_\_\_\_\_

Заключение специалиста-эксперта по обоснованности объемов медицинских услуг, предоставленных к оплате, и их соответствие записям в первичной медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации (в т.ч. краткий перечень выявленных недостатков)

**ВЫВОДЫ:**

Не подлежит оплате (сумма, код дефекта / нарушения штраф (сумма, код дефекта / нарушения)) \_\_\_\_\_

Подлежит оплате \_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. Специалист-эксперт \_\_\_\_\_

(подпись)

Руководитель СМО/ТФОМС: \_\_\_\_\_ Руководитель МО: \_\_\_\_\_.

М.П.

подпись, Ф.И.О.,

М.П. подпись, Ф.И.О.,

дата подписания

дата подписания

Рекомендуемый образец

РЕЕСТР АКТОВ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Медицинская организация \_\_\_\_\_

Сумма по счету \_\_\_\_\_

1. Количество проверенной медицинской документации \_\_\_\_\_  
(медицинских карт амбулаторного / стационарного больного, прочей  
учетно-отчетной документации)

2. Выявлено несоответствие счета записям на сумму \_\_\_\_\_ руб.

3. Выявлено дефектов медицинской помощи / нарушений при оказании  
медицинской помощи: \_\_\_\_\_

Далее указываются все выявленные дефекты медицинской помощи /  
нарушения при оказании медицинской помощи в соответствии с Перечнем  
оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи  
{приложение 8 к настоящему Порядку) с указанием конкретной суммы.

Всего не подлежит оплате сумма \_\_\_\_\_ руб. Штраф в размере \_\_\_\_\_ руб.

Всего подлежит оплате: \_\_\_\_\_ руб.

Итого к оплате: \_\_\_\_\_ руб.

Специалист-эксперт экономист страховой медицинской организации

\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_

М.П.



**АКТ РЕЭКСПЕРТИЗЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ / ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

(нужное подчеркнуть)

№ \_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

На основании приказа директора территориального фонда обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_ (название)

от " \_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Экспертами (специалист-эксперт/эксперт качества медицинской помощи нужное подчеркнуть): \_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_

(ФИО) \_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_ (ФИО)

проведена реэкспертиза по результатам МЭЭ/ЭКМП (нужное подчеркнуть), проведенной СМО \_\_\_\_\_

наименование СМО

Адрес местонахождения СМО \_\_\_\_\_

Дата проведения проверки \_\_\_\_\_

Проверка проведена за период с " \_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. по " \_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

в медицинской организации \_\_\_\_\_

наименование медицинской организации, город, район

Принято к оплате \_\_\_\_\_ счетов за пролеченных застрахованных из них: стационарной помощи - \_\_\_\_\_,

медицинской помощи в дневном стационаре - \_\_\_\_\_,

амбулаторно-поликлинической помощи - \_\_\_\_\_.

СМО проведена МЭЭ/ЭКМП (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_ случаев ( \_\_\_\_\_ %):

из них: стационарной помощи - \_\_\_\_\_ случаев ( \_\_\_\_\_ %),

медицинской помощи в дневном стационаре - \_\_\_\_\_ случаев ( \_\_\_\_\_ %),

амбулаторно-поликлинической помощи - \_\_\_\_\_ случаев ( \_\_\_\_\_ %).

При этом СМО выявлено \_\_\_\_\_ случаев ( \_\_\_\_\_ %) нарушений, допущенных при предоставлении застрахованным лицам медицинской помощи.

1. Проведена реэкспертиза \_\_\_\_\_ случаев ( \_\_\_\_\_ %).

2. При реэкспертизе \_\_\_\_\_ случаев, признанных СМО удовлетворительными, экспертное заключение специалистов ТФОМС совпало с экспертным заключением СМО в \_\_\_\_\_ случаях ( \_\_\_\_\_ %), а именно:

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования	№ медицинской карты стационарного, амбулаторного больного	Период лечения	Код лечебного отделения	Диагноз или код МКБ-10

2.1. По \_\_\_\_\_ случаям (\_\_\_\_\_% ) специалистами территориального фонда обязательного медицинского страхования выявлены нарушения, допущенные медицинской организацией, но не выявленные СМО.

Описание конкретного случая выявленного нарушения включает:

- N п/п, N полиса обязательного медицинского страхования, период лечения, количество койко-дней (посещений, услуг, УЕТ), тариф законченного случая, диагноз (основной, сопутствующий), категория (работающий, неработающий);

- дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи в соответствии с приложением 8 к настоящему Порядку, допущенные медицинской организацией, но не выявленные СМО:

- экспертное заключение специалистов территориального фонда обязательного медицинского страхования формулируется согласно договору со СМО с указанием номера пункта перечня нарушений и сумм финансовых санкций, наименования нарушений.

Сумма по счету \_\_\_\_\_ руб., сумма финансовых санкций \_\_\_\_\_ руб.

3. Проведена реэкспертиза случаев с выявленными СМО нарушениями в медицинской организации и оказании медицинской помощи застрахованным лицам.

По \_\_\_\_\_ случаям (\_\_\_\_\_% ) экспертное заключение СМО совпало с экспертным заключением специалистов территориального фонда обязательного медицинского страхования, а именно:

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования	№ медицинской карты стационарного, амбулаторного больного	Период лечения	Код лечебного отделения	Диагноз или код МКБ-10

3.1. По \_\_\_\_\_ случаям (\_\_\_\_\_% ) специалистами территориального фонда обязательного медицинского страхования выявлены нарушения, допущенные специалистами СМО при МЭЭ/ЭКМП (нужное подчеркнуть).

Описание конкретного случая выявленного нарушения включает:

- № п/п, № полиса обязательного медицинского страхования, период лечения, количество койко-дней (посещений, услуг, УЕТ), тариф, диагноз (основной, сопутствующий), категорию (работающий, неработающий);
- суть выявленного СМО нарушения;
- экспертное заключение, принятое СМО с указанием суммы недоплаты;
- нарушение, допущенное СМО при организации и проведении МЭЭ / ЭКМП.

Экспертное заключение специалистов территориального фонда обязательного медицинского страхования формулируется согласно договору с СМО с указанием номера пункта перечня нарушений и сумм финансовых санкций, наименования нарушений.

Сумма по счету \_\_\_\_\_ руб.

Необоснованно удержанная СМО с медицинской организации сумма \_\_\_\_\_ руб.

Сумма финансовых санкций \_\_\_\_\_ руб.

4. Выводы: Экспертное заключение СМО и территориального фонда обязательного медицинского страхования совпало в \_\_\_\_\_ случаях (\_\_\_%), выявлено нарушений, допущенных СМО в организации и проведении МЭЭ/ЭКМП (нужное подчеркнуть) в \_\_\_\_\_ случаях (\_\_\_%), в том числе по видам нарушений с указанием количества и сумм.

5. Предложения: Подлежит восстановлению медицинской организации отдельным платежным поручением необоснованно удержанная сумма в размере \_\_\_\_\_ руб.

Подлежит перечислению за счет собственных средств СМО на счет ТФОМС финансовые санкции в размере \_\_\_\_\_ руб.

Подлежит возврату медицинской организацией в доход бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования сумма в размере \_\_\_\_\_ руб

Подпись специалистов, проводивших реэкспертизу:

\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ подпись

\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ подпись

\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ подпись

Директор территориального фонда обязательного медицинского страхования

\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ подпись

С актом ознакомлены:

Руководитель СМО \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ подпись

М.П.

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_  
подпись

Рекомендуемый образец

От \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

**Претензия в**

\_\_\_\_\_ (территориальный фонд ОМС)

Считаю необоснованной сумму взаиморасчета, определенную страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_

(наименование СМО)

согласно акт(а, -ов) МЭЭ / ЭКМП N \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 201\_ г.  
специалиста-эксперта / эксперта качества медицинской помощи \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

по следующим причинам:

1. № полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_

Сумма взаиморасчета \_\_\_\_\_

Обоснование несогласия \_\_\_\_\_

Итого считаю необоснованной сумму взаиморасчета по \_\_\_\_\_  
застрахованным (-ому) лицам (-у) на общую сумму \_\_\_\_\_ рублей.

Приложения: 1) Материалы внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи на \_\_\_ лист(е, -ах);

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Руководитель  
медицинской организации \_\_\_\_\_

(подпись, Ф.И.О.)

" \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_ г.

М.П.

**ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

(протокол оценки качества медицинской помощи)

Наименование проверяющей организации \_\_\_\_\_

Медицинская карта (амбул. / стац.) больного № \_\_\_\_\_,  
лечащий врач \_\_\_\_\_

№ полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес застрахованного лица  
\_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации  
\_\_\_\_\_

Счет № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_ г.

Длительность лечения (к/дни) всего \_\_\_\_\_ Стоимость всего \_\_\_\_\_ руб.

отделение \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_ по \_\_\_\_, к/д. \_\_\_\_\_;

отделение \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_ по \_\_\_\_, к/д. \_\_\_\_\_;

отделение \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_ по \_\_\_\_, к/д. \_\_\_\_\_.

Эксперт качества медицинской помощи  
\_\_\_\_\_

Дата проведения экспертизы качества медицинской помощи: " \_ " \_\_ 201\_ г.

Поступление: экстренное, плановое.

Исход случая: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение,  
смерть, самовольный уход, переведен (направлен) на госпитализацию  
(куда), другое \_\_\_\_\_

Операция \_\_\_\_\_, дата " \_ " \_\_\_\_\_ 201\_ г.

Диагноз клинический заключительный:

основной \_\_\_\_\_

осложнение \_\_\_\_\_

сопутствующий \_\_\_\_\_

Диагноз патологоанатомический:

основной \_\_\_\_\_

осложнение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

сопутствующий \_\_\_\_\_

I. СБОР ИНФОРМАЦИИ (расспрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, консилиум). \_\_\_\_\_

Обоснование негативных следствий ошибок в сборе информации:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

II. ДИАГНОЗ (формулировка, содержание, время постановки)

основной \_\_\_\_\_

осложнение \_\_\_\_\_

сопутствующий \_\_\_\_\_

Обоснование негативных последствий ошибок в диагнозе:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

III. ЛЕЧЕНИЕ (хирургическое, в т.ч. родовспоможение, медикаментозное, прочие виды и способы лечения)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Обоснование негативных последствий ошибок в лечении:

---

---

---

IV. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ (обоснованность поступления, длительности лечения, перевод, содержание рекомендаций)

---

---

Обоснование негативных последствий ошибок в преемственности лечения: \_\_\_\_\_

---

---

ЗАКЛЮЧЕНИЕ эксперта качества медицинской помощи:

---

---

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ОШИБКИ, ПОВЛИЯВШИЕ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ:

---

---

Представитель медицинской организации: \_\_\_\_\_

---

(должность)                      подпись, Ф.И.О., дата подписания

Эксперт качества медицинской помощи:

---

подпись, Ф.И.О., дата подписания

М.П

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

### Основная

1. Кучеренко В.З. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т. 1. – С. 253–279.
2. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – С. 249–260.
3. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 474–488.

### Дополнительная

Семёнова В.Ю., Лакунин К.Ю., Лившиц С.А. Обязательное медицинское страхование глазами медицинского работника. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 1. – С. 19–22.

### Нормативные документы

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 г.) (с учётом внесённых Законами РФ о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 г., № 6 – ФКЗ, № 7 – ФКЗ) // Российская газета. – 2009. – № 7.
2. Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31.07.1998 г. № 145-ФЗ (ред. от 15.02.2016 г.) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 31. – Ст. 3823.
3. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 г. № 195-ФЗ: (ред. от 30.03.2016 г.) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2002. – № 1 (ч. 1). – Ст. 1.
4. Налоговый кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 05.08.2000 г. № 117-ФЗ (ред. от 15.02.2016 г.) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2000. – № 32. – Ст. 3340.
5. Закон РФ от 19.04.1991 г. № 1032-1 (ред. от 09.03.2016 г.) "О занятости населения в Российской Федерации" // Собрание за-



- конодательства Российской Федерации. – 1996. – № 17. – Ст. 1915.
6. Закон РФ от 07.02.1992 г. № 2300-1 (ред. от 13.07.2015 г.) "О защите прав потребителей" // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 3. – Ст. 140.
  7. Закон РФ от 27.11.1992 г. № 4015-1 (ред. от 28.11.2015 г.; с изм. от 30.12.2015 г.; с изм. и доп., вступ. в силу с 09.02.2016 г.) "Об организации страхового дела в Российской Федерации" // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного совета Российской Федерации. – 1993. – № 2. – Ст. 56.
  8. Федеральный закон от 19.02.1993 г. № 4528-1 (ред. от 22.12.2014 г.) "О беженцах" // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного совета Российской Федерации. – 1993. – № 12. – Ст. 425.
  9. Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ (ред. от 30.12.2015 г.; с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016 г.) "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 31. – Ст. 3803.
  10. Федеральный закон от 16.07.1999 г. № 165-ФЗ (ред. от 01.12.2014 г.) "Об основах обязательного медицинского страхования" // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1999. – № 29. – Ст. 3686.
  11. Федеральный закон от 25.07.2002 г. № 115-ФЗ (ред. от 30.12.2015 г.; с изм. и доп., вступ. в силу с 10.01.2016 г.) "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2002. – № 30. – Ст. 3032.
  12. Федеральный закон от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ (ред. от 21.07.2014 г., с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2015 г.) "О персональных данных" // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2006. – № 31 (ч. 1). – Ст. 3451.
  13. Федеральный закон от 24.07.2009 г. № 212-ФЗ (ред. от 29.12.2015 г.) "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицин-

- ского страхования" // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2009. – № 30. – Ст. 3738.
14. Федеральный закон от 27.07.2010 г. № 210-ФЗ (ред. от 12.02.2016 г.) "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг" // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2010. – № 31. – Ст. 4179.
  15. Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 30.12.2015 г.; с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016 г.) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" // Российская газета. – 2010. – № 274.
  16. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015 г.; с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016 г.) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 48. – Ст. 6724.
  17. Приказ Минздравсоцразвития России от 24.12.2010 г. № 1174н "Об утверждении Порядка рассмотрения дел о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании и наложения штрафов должностными лицами Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования" // Российская газета. – 2011. – № 23.
  18. Приказ Минздравсоцразвития России от 21.01.2011 г. № 15н (ред. от 07.10.2013 г.). "Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования" // Российская газета. – 2011. – № 29.
  19. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 г. № 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (ред. от 06.08.2015 г.) // Российская газета. – 2011. – № 51.
  20. Приказ Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 г. № 1030н (ред. от 16.11.2015 г.) "Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования" // Российская газета. – 2011. – № 246.
  21. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 г. № 1355н "Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (ред. от 16.11.2015 г.) // Российская газета. – 2013. – № 6.

22. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 N 230 (ред. от 29.12.2015)  
"Об утверждении Порядка организации и проведения контроля  
объемов, сроков, качества и условий предоставления медицин-  
ской помощи по обязательному медицинскому страхованию"  
(Зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2011 N 19614)

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
<b>Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.....</b>	<b>7</b>
1.1. Основные понятия, используемые в системе обязательного медицинского страхования .....	8
1.2. Правовые основы обязательного медицинского страхования .....	13
1.3. Основные принципы реализации обязательного медицинского страхования .....	16
1.4. Полномочия Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования .....	17
<b>Раздел 2. СУБЪЕКТЫ И УЧАСТНИКИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ .....</b>	<b>25</b>
2.1. Субъекты обязательного медицинского страхования.....	26
2.2. Участники обязательного медицинского страхования .....	36
<b>Раздел 3. МЕХАНИЗМ РЕАЛИЗАЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ .....</b>	<b>61</b>
3.1. Страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования .....	62
3.2. Права и обязанности застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования .....	67
3.3. Базовая программа обязательного медицинского страхования.....	69
3.4. Территориальная программа обязательного медицинского страхования.....	77
3.5. Финансовое обеспечение Базовой и Территориальной Программ обязательного медицинского страхования. ....	84
3.6. Требования к ТП ОМС в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи .....	88
3.7. Права и обязанности застрахованных лиц, получающих медицинскую помощь в рамках базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования .....	94
3.8. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства.....	97

3.9. Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства .....	106
<b>Раздел 4. СИСТЕМА ДОГОВОРОВ И ФИНАНСИРОВАНИЕ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ .....</b>	<b>108</b>
4.1. Договоры о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключённый между территориальным фондом обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организацией.....	108
4.2. Финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования.....	113
<b>Раздел 5. КОНТРОЛЬ ОБЪЁМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ.....</b>	<b>133</b>
5.1. Организация контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи .....	133
5.2. Порядок применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи .....	145
5.3. Обжалование заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи .....	149
5.4. Персонифицированный учёт в сфере обязательного медицинского страхования. ....	150
Тестовые задания.....	156
Ситуационные задачи .....	168
Эталоны ответов к тестовым заданиям.....	178
Ответы на ситуационные задачи .....	178
Список сокращений .....	182
Приложения .....	183
Рекомендуемая литература.....	232

Учебное издание

Образцова Елена Николаевна  
Агаркова Любовь Аглямона  
Евтушенко Алексей Валерьевич  
Тахауов Равиль Манихович  
Карпов Андрей Боросович  
Татьяна Порферьевна Нестерова

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ  
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ  
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

2-е издание, дополненное

Учебное пособие  
для постдипломного профессионального образования

Редактор Н.А. Суханова  
Технический редактор И.Г. Забоенкова  
Обложка И.Г. Забоенкова

Издательство СибГМУ  
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107  
тел. 8(382-2) 51-41-53  
E-mail: otd.redaktor@ssmu.ru

---

Подписано в печать 25.09.2017 г.  
Формат 60x84  $\frac{1}{16}$ . Бумага офсетная.  
Печать цифровая. Гарнитура «Times». Печ. лист. 15. Авт. лист. 11  
Тираж 50 экз. Заказ №

---

Отпечатано в Издательстве СибГМУ  
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2  
E-mail: lab.poligrafii@ssmu.ru